

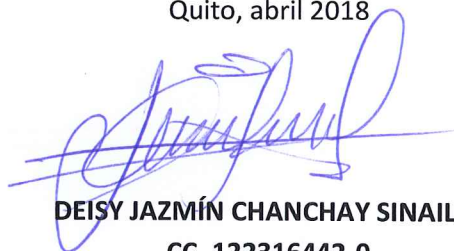
DECLARACIÓN y AUTORIZACIÓN

Yo: **DEISY JAZMÍN CHANCHAY SINAILIN**, con **CC. 122316442-0**, autor del trabajo de graduación intitulado: **"PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN FOCALIZADO EN LA PERSONALIDAD. PROYECTO REALIZADO CON ADULTOS DE PERSONALIDAD COGNITIVA, RELACIONAL Y COMPORTAMENTAL CON ESCLEROSIS MÚLTIPLE; EN LA FUNDACIÓN DE ESCLEROSIS DE QUITO**. Previa a la obtención del título profesional de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, en la Facultad de **Psicología**.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad.

Quito, abril 2018



DEISY JAZMÍN CHANCHAY SINAILIN
CC. 122316442-0



PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Programa de Psicoeducación focalizado en la personalidad. Proyecto realizado con adultos de personalidad cognitiva, relacional y comportamental con esclerosis múltiple; en la Fundación de Esclerosis de Quito.

Trabajo de disertación previo a la obtención del Título de Psicóloga Clínica

AUTORA: Deisy Chanchay

DIRECTORA: Mayra Velasteguí.

Quito D.M.-2018

Agradecimientos:

Quiero agradecer a todos los profesores que formaron parte de mi educación a lo largo de estos 5 años lleno de aprendizajes y experiencias en especial a la Mgtr, Mayra Velastegui y al Dr. Carlos Mariño, quienes fueron una parte importante de este trabajo que sin ellos y sin su apoyo no hubiese sido posible.

A mi familia quienes aportaron para ser lo que soy. Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para poder cumplir mis sueños. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos y sobre todo a mis hermanos seres maravillosos que son lo que más amo en esta vida.

A mis amigos que con sus risas, apoyo, regaños y momentos compartidos hicieron más corto este camino a la meta.

A las personas que estuvieron y que se fueron; quienes permitieron ver de manera más clara y desde otra perspectiva la vida.

A mi compañera y amiga Valeria Ruiz que con su amistad y cariño hizo que este tiempo y las adversidades que se presentaron fueran experiencias enriquecedoras y sin ella esta investigación no habría sido igual.

A mis tíos y abuelos en especial a mi querida Tevi gracias por tus historias y cariño infinito.

TABLA DE CONTENIDO:

Agradecimientos:.....	ii
RESUMEN	v
ABSTRACT	vi
CAPÍTULO I.....	1
Tema:	1
Datos de la institución en la que se desarrolló el proyecto:.....	1
Marco jurídico y marco conceptual:	4
Marco Conceptual.....	5
Diagnóstico:.....	7
Justificación:	7
Objetivos:	10
CAPÍTULO II.....	11
Marco Teórico	11
2.1 Esclerosis Múltiple:	11
2.1.1 Epidemiología.....	12
2.1.2 Fisiopatogénia:	14
2.1.3 Tipos:.....	16
2.2 Síntomas:	17
2.3 Problemas Cognitivos.....	21
2.4 Problemas en Funciones ejecutivas	22
2.5 Depresión:.....	25
2.6 Ansiedad:	26
2.7 Personalidad:	27
2.7.1 Definición de personalidad.....	27
2.8. Tipología de la personalidad:	28
2.9. En el modelo integrativo	32
2.10 Personalidad y esclerosis.....	37
2.11 Personalidad afectiva :.....	409
2.12 Personalidad cognitiva:	40
2.13 Personalidad comportamental:	42
2.14 Personalidad Relacional:	42

CAPÍTULO III	43
Marco metodológico.....	43
Tipo de investigación	43
Diseño de investigación.....	44
Técnicas y herramientas utilizadas:	45
Análisis y sistematización de datos:	48
Comprobación de hipótesis	57
Matriz del marco lógico.....	58
CAPÍTULO IV	59
Dimensiones de la psicoeducación:	71
Psicoeducación focalizada en la personalidad:.....	732
Producto.....	74
CAPÍTULO V	74
Conclusiones y recomendaciones	74
Bibliografía:.....	74
Anexos:.....	3

RESUMEN

El presente proyecto se ha propuesto disminuir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con esclerosis múltiple que asisten o han asistido a la fundación de esclerosis múltiple de Quito, a través de un programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad. Los niveles de ansiedad y depresión son elevados en pacientes con enfermedades neurodegenerativas, lo que produce diferentes problemas a nivel familiar, social, personal y reducen la calidad de vida, se trabajó con 40 pacientes con un diagnóstico confirmado de esclerosis múltiple, comprendidos entre 18 y 60 años. Se evaluó a dichos pacientes con una entrevista psicológica, el cuestionario de personalidad SEAPSI, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el NEUROPSI, se analizaron resultados y se aplicó un programa de psicoeducación focalizado en la personalidad para pacientes de personalidad cognitiva, comportamental y relacional con esclerosis múltiple. Esta es una investigación posterior a un primer acercamiento realizado a pacientes con personalidad afectiva; el programa de psicoeducación ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y depresión lo que nos permite entender que las técnicas que se recomienda implementar deben ser escogidas de acuerdo a la personalidad. Se recomienda la aplicación del programa en busca de mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Palabras Clave: “esclerosis múltiple”, “desarrollo cognitivo”, “personalidad”, “ansiedad”, “psicoeducación”, “enfoque integrativo”.

ABSTRACT

This project aims at decreasing the anxiety and depression levels of patients who suffer multiple sclerosis and attend or have attended the Foundation of Multiple Sclerosis of Quito, by means of a program for psychoeducation from the integration model focused on the personality. The anxiety and depression levels are high in patients with neuro-degenerative illnesses, which produces different family, social, personal problems and lessen the quality of life. This work is made up by 40 patients with confirmed diagnosis of multiple sclerosis that attend or have attended the Foundation for Multiple Sclerosis of Quito (FUNDEM), who are between 18 and 60 years of age. The patients were assessed with a psychological interview, the personality test *SEAPSI*, the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and the *NEUROPSI*. The results were analyzed and it was applied a program for psychoeducation focused on the personality for patients with a cognitive, behavioral and relational personality and who suffer multiple sclerosis. This is a research made after a first evaluation of patients with affective personality; who participated in the programs with a cognitive, behavioral and relational personality has had an important decrease, which allows us to see that the techniques to be implemented must be chosen depending on the personality. It is recommended the application of the program in order to improve the quality of life of the patients.

Key Words: “multiple sclerosis”, “cognitive development”, “personality”, “anxiety”, “psychoeducation”, “integrative approach”.

CAPÍTULO I

Tema:

Programa de Psicoeducación focalizado en la personalidad. Proyecto realizado con adultos de personalidad cognitiva, relacional, comportamental con esclerosis múltiple. En la Fundación de esclerosis de Quito.

Datos de la institución en la que se desarrolló el proyecto:

Nombre: FUNDEM (Fundación Ecuatoriana de Esclerosis Múltiple).

Actividad: La Fundación de esclerosis múltiple (FUNDEM), fue creada para pacientes con esclerosis múltiple y esclerosis lateral amiotrófica. Se dedica a prestar servicios a la comunidad a través de diferentes áreas donde los pacientes son atendidos, como neurología, terapia física, psicología, neuropsicología y medicina general, se dedican a prestar estos servicios a la comunidad, adicional, se realizan actividades de promoción y concientización sobre la esclerosis con el fin de generar redes de apoyo y compartir experiencias.

Ubicación: Jorge Drom N37-79 y Unión Nacional de Periodistas.
Quito-Ecuador.

Características: FUNDEM cuenta con un edificio de dos pisos, en el primer piso se encuentra el área de terapia física donde tienen lo necesario para la ejecución de ejercicios y 4 camillas en las cuales los pacientes realizan sus actividades. También está el área administrativa, la recepción y 4 consultorios, el primero corresponde a medicina general, el segundo a psicología, el tercero a neuropsicología, neurología, por último, el área destinada a la terapia ocupacional. En el segundo piso están el área del auditorio general donde se realizan distintas actividades como cine foro, almuerzos, etc.; y el área destinada a talleres. Cabe mencionar que la infraestructura que se maneja en la fundación está adaptada para personas con discapacidad; es decir, posee ascensor y rampas adaptadas, así como baños con soportes.

Contexto:

En el año de 1992, un grupo de pacientes diagnosticados de Esclerosis Múltiple (la mayoría después de un promedio de 5 años de padecer síntomas o ser diagnosticados en el extranjero) carecían de información clara sobre la enfermedad.

Al no poseer orientación médica específica se reúnen y comienzan a solicitar información nacional e internacional.

Es así como en el año de 1996 se crea la Fundación Ecuatoriana de Esclerosis Múltiple, por un grupo de ocho pacientes quienes al sentir los efectos que la EM ocasiona en el ambiente laboral, social, familiar y personal resuelven ayudarse y ayudar a las personas afectadas por EM en el Ecuador.

Actualmente están 150 pacientes registrados en FUNDEM, en un estudio realizado en 12 hospitales del Ecuador en el 2006 en las principales provincias se encuentra que: Se identificó a 159 pacientes en las ciudades donde se llevó a cabo el estudio. Quito, la ciudad capital, 5,05/100.000 habitantes; Guayaquil, en la costa, 2,26/100.000 habitantes; Cuenca, en el sur, 0,75/100.000 habitantes los mismo que indica que los datos de prevalencia en el Ecuador son bajos (Abad, 2010).

Estatutos:

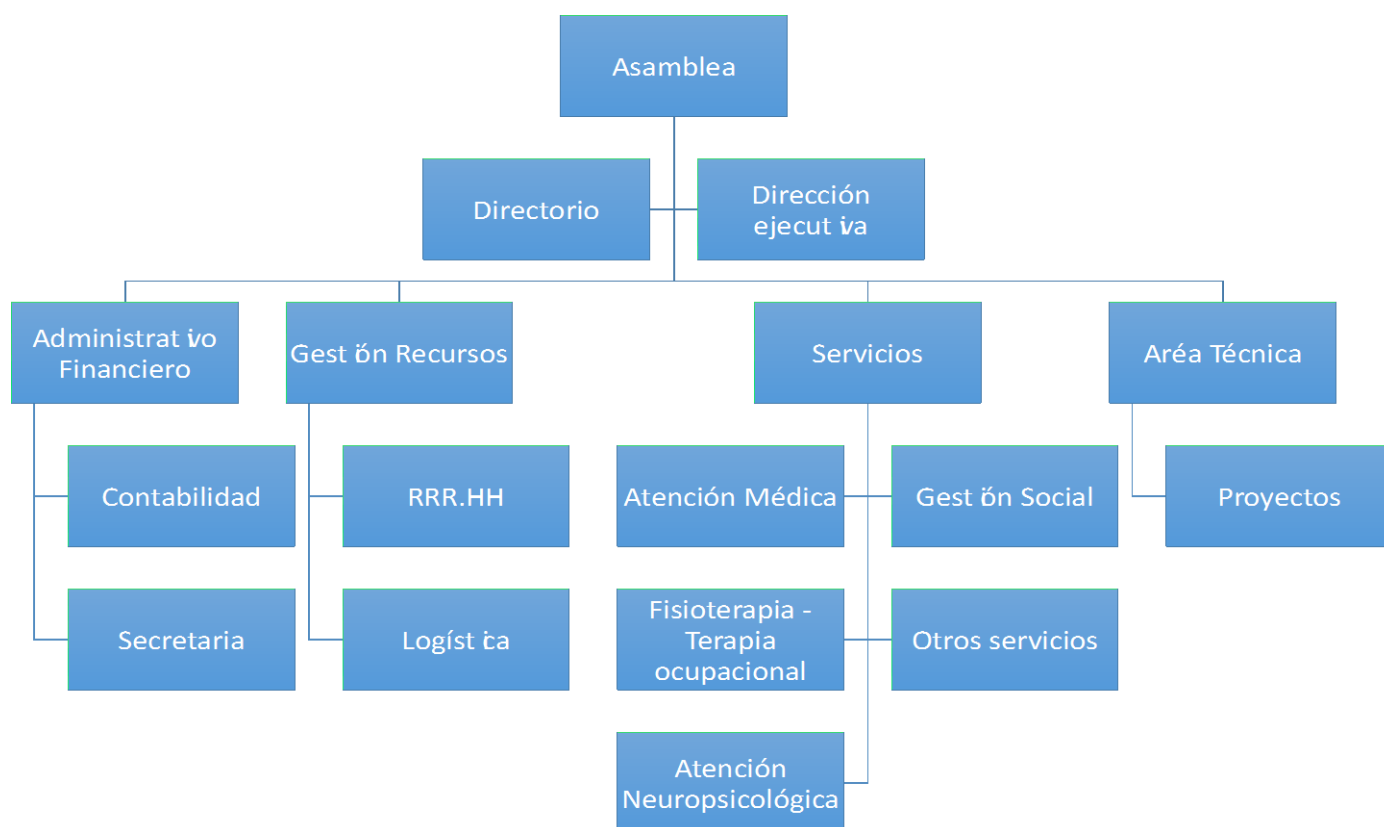
- Amabilidad, oportunidad y eficacia son las características más importantes en la prestación de los diferentes servicios.
- Participación y colaboración del personal en el logro de objetivos comunes potenciando las habilidades, preferencias, aptitudes en la distribución de responsabilidades y fomentando el aporte individual de cada integrante.
- Administración cuidadosa y transparente de los recursos económicos y de la organización.
- Actuación permanente dentro de los más rigurosos principios éticos y legales.
- Trato digno a las personas en sus ideas y en el entorno (Sánchez, 2016).

Misión: La Fundación Ecuatoriana de Esclerosis Múltiple “FUNDEM” es una organización que brinda a la ciudad de Quito, servicios de medicina general y especializada, servicios de rehabilitación física y psicológica, asistencia social e

información permanente sobre la Esclerosis Múltiple a las personas que padecen de esta enfermedad y otras patologías afines, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y propender a su bienestar y el de sus familias. (Sánchez, 2016).

Visión: Para el año 2017, FUNDEM será una organización que cuente con recursos económicos propios y personal altamente calificado que ofrezca a nivel nacional, una red de servicios de calidad en: medicina general y de especialización, rehabilitación física, rehabilitación psicológica, odontología, ginecología, asistencia social e información epidemiológica y educativa sobre la Esclerosis Múltiple para las personas que padecen de esta enfermedad y otras patologías afines, contribuyendo a mejorar su calidad de vida, procurando que estas se reintegren a la sociedad como elementos productivos (Sánchez, 2016).

Organigrama:



Marco jurídico y marco conceptual:

FUNDEM, es una organización de derecho privado con finalidad social y pública, sin fines de lucro, constituida legalmente mediante Acuerdo Ministerial N° 000569 del Ministerio de Salud Pública del Ecuador.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Art. 1.- El presente reglamento se aplicará en todas las unidades ejecutoras del Ministerio de Salud Pública, con el propósito de controlar la gestión del suministro de medicamentos y los procedimientos administrativo y financiero, de conformidad con las normas legales vigentes.

Art. 2.- Para efectos de lo dispuesto en el artículo anterior, entiéndase por Unidad Ejecutora del Ministerio de Salud a: Planta Central, direcciones provinciales de salud, áreas de salud, hospitales y otras entidades que cuenten con un presupuesto descentralizado y aprobado por el Ministerio de Finanzas.

Art. 3.- La dispensación y entrega de todos los medicamentos, incluidos los de maternidad gratuita; se realizará exclusivamente a través de los servicios farmacéuticos (farmacias y botiquines institucionales) (Pública, 2014).

FUNDEM, es miembro del Consejo Nacional de Discapacidades del Ecuador, según el registro 114 con fecha 9 de julio de 1997.

Cabe recalcar que FUNDEM también se rige por la ley orgánica de discapacidades del Ecuador en su registro oficial N_ 796.

En el año 2004 FUNDEM fue beneficiaria del financiamiento por parte del Ministerio de Bienestar Social- MBS (actual Ministerio de Inclusión Económica y Social) para el desarrollo de los siguientes proyectos:

- Casa de Reposo y Hospital del Día.
- Terapia Ocupacional y Reinserción Laboral.
- Atención Neurológica y Rehabilitación Física.

Proyectos que fueron realizados y entregados satisfactoriamente (Sánchez, 2016).

Marco Conceptual

Aprendizaje: Es un cambio permanente de la conducta de la persona como resultado de la experiencia. Se refiere al cambio en la conducta o al potencial de la conducta de un sujeto en una situación dada, como producto de sus repetidas experiencias en dicha situación. Este cambio conductual no puede explicarse en base a las tendencias de respuesta innatas del individuo, su maduración, o estados temporales (como la fatiga, la intoxicación alcohólica, los impulsos, etc.) (Bruno, 1997).

Compasión: con-pasión, sufrir con el otro, acompañarlo en el sufrimiento y sufrir con el otro. Compromiso con el sufrimiento del otro. Sostener es acoger el sufrimiento, dar amor, seguridad y consuelo. La compasión lleva a la acción, a está llena de creatividad. Reducir el sufrimiento. La compasión está llena de creatividad (Jaén, 2013).

Diagnóstico: La palabra "diagnóstico" literalmente significa discernir o reconocer una afección diferenciándola de cualquier otra. Es el arte de distinguir o identificar una enfermedad. Un diagnóstico es aquello que, en el ámbito de la medicina, está vinculado a la diagnosis. Este término, a su vez, hace referencia a diagnosticar: recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición (Rivas, 2016).

Diagnóstico del entorno de paciente: se refiere a la definición de las condiciones de vida del paciente en lo relacionado a los factores físicos, económicos, socio-culturales, los cuales pueden impedir o favorecer el tratamiento (Balarezo L. , 1995).

Dolor: Es un síntoma infravalorado; no obstante, hasta un 50% de los pacientes puede experimentar alguna de las siguientes experiencias dolorosas: neuralgia del trigémino, convulsiones tónicas dolorosas, disestesias dolorosas paroxísticas en extremidades, signo de Lhermitte doloroso, sensaciones disestésicas «eléctricas» en tronco y en miembros inferiores y lumbalgia (Fernandez & Fernandez , 2005).

Emoción: en el lenguaje cotidiano nos referimos a las emociones como si fueran una cosa específica. Pero, las emociones no son una cosa específica, son un proceso complejo con componentes tanto biológicos como mentales. Las emociones son mentales en el sentido de que son provocadas por la interpretación de un suceso, que después produce una serie compleja de reacciones bioquímicas que describimos como un "sentimiento". Las reacciones bioquímicas también generan una "urgencia para la acción". Algunas veces, la acción que uno ejecuta en respuesta a una emoción es

mental, como cuando uno no está de acuerdo con lo que hace o dice otra persona, pero, decide no decir o hacer nada. Otras veces, implica tanto el pensamiento como la acción física, como decir a alguien lo que uno quiere o conseguir lo que uno quiere (Peurifoy, 1999).

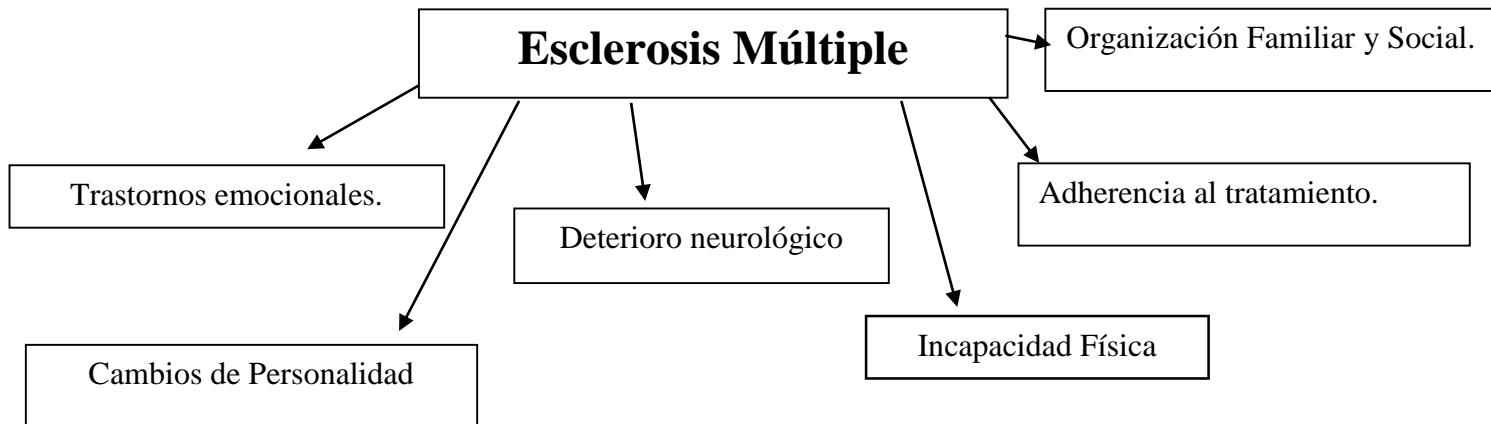
Resiliencia: se refiere a la habilidad de un individuo de adaptarse con éxito al estrés agudo, trauma o formas más crónicas de adversidad. A través de la resiliencia el individuo mantiene, ante el estrés respuesta psicológicas y fisiológicas adecuadas (De la fuente & Heinze, 2012).

Trastornos afectivos: La alteración afectiva más frecuente es la depresión, que aparece en 75% de los pacientes en algún momento de la enfermedad. Suele ser una depresión moderada y reactiva. La euforia es rara, aunque se presenta en ocasiones (Fernandez & Fernandez , 2005).

Ansiedad: el término ansiedad alude a la combinación de distintas manifestaciones físicas y mentales que no son atribuibles a peligros reales, sino que se manifiestan ya sea en forma de crisis o bien como un estado persistente y difuso, pudiendo llegar al pánico; no obstante, pueden estar presentes otras características neuróticas tales como síntomas obsesivos o histéricos que no dominan el cuadro clínico. Si bien la ansiedad se destaca por su cercanía al miedo, se diferencia de éste en que, mientras el miedo es una perturbación cuya presencia se manifiesta ante estímulos presentes, la ansiedad se relaciona con la anticipación de peligros futuros, indefinibles e imprevisibles (Sierra, 2003).

Depresión: La depresión clínica (en ocasiones denominada también “depresión mayor”) constituye una condición en la cual se presenta un estado de ánimo depresivo persistente o una pérdida de interés junto con otros signos físicos y mentales destacados, tales como dificultades del sueño, reducción del apetito, disminución de la concentración, así como sentimientos de desesperanza y falta de valía. Sólo se efectúa un diagnóstico de depresión cuando varios de estos elementos se encuentran presentes, al mismo tiempo, durante al menos dos semanas y se prueba que interfieren en la habilidad de la persona para desempeñar sus tareas cotidianas (Segal, 2009).

Diagnóstico:



Justificación:

En cuanto a la búsqueda en el Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se encontró únicamente una investigación de la Facultad de Medicina sobre:

“Determinación de los niveles séricos de vitamina D en los pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple y su relación con la severidad y el comportamiento de la enfermedad en pacientes diagnosticados y en seguimiento en el “Hospital Metropolitano de Quito” y en el “Hospital Carlos Andrade Marín” de la provincia de Pichincha, desde octubre 2013 a octubre del 2014” (Zambrano, 2015).

Ampliando esta búsqueda a los repositorios de otras universidades, se encontraron varias disertaciones sobre la esclerosis múltiple, como la de (Castro Moreira, 2017) titulada : Estudio sobre la difusión de la Esclerosis múltiple y sus actividades cotidianas en pacientes con problemas neurológicos; y de igual forma (Ortega & Villalba, 2017) con Muévete por la Esclerosis Múltiple: por la inclusión social y laboral de los pacientes de EM. Sin embargo, ninguna que tenga mayor relevancia para la investigación, ya que las misma están enfocadas en la difusión de la enfermedad para el público en general y la socialización de un tratamiento, pero ninguna en buscar la aplicación o creación de dispositivos psicológicos que trabajen en función de mejorar la calidad de vida de los paciente en cuanto a sus desarrollo neuropsicológico, o en busca de un retraso de las consecuencias propias de la enfermedad pidiendo ser conideradas

como antecedentes mas no como una investigación relevante en el campo de la psicología .

Finalmente, a través de la revisión hecha en los distintos repositorios digitales de las universidades del país, no se han encontrado disertaciones que se asemejen tanto en el tema como en los objetivos planteados en la presente investigación. Por esta razón, se considera que ésta va a ser de utilidad y va a constituir un aporte para la población interesada.

Por otro lado, el plan Nacional del Buen Vivir, es una política del Gobierno de turno que pretende fortalecer y crear cambios que generen beneficio en la ciudadanía, en el mismo, se encuentran cinco objetivos, uno de los cuales será la base para esta investigación; en este contexto, el objetivo tres que dice:

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales en la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (SENPLADES, 2013, pág. 189).

El mismo que pretende crear condiciones adecuadas para la vida de toda la ciudadanía, respetando su diversidad y logrando el fortalecimiento de la capacidad social para consolidar una atención equilibrada, sustentable y creativa que responda a las necesidades de la población. Los adultos con EM son una población vulnerable y abandonada que necesita atención para mejorar su calidad de vida; es por ello que se presenta este programa de psicoeducación, el cual, reducirá los niveles de ansiedad provocados por la esclerosis múltiple.

Debido a la declinación cognitiva que se produce por el paso del tiempo, la propia degeneración que la esclerosis múltiple como enfermedad presenta y la falta de herramientas para ejercitar las funciones superiores del cerebro en el ser humano, se piensa en la necesidad de crear un programa de psicoeducación para adultos con esclerosis múltiple focalizado en la personalidad, en donde se pretende evaluar el grado de degeneración cognitiva existente, realizar una división de la población enfocada en la personalidad, lo que nos permitirá crear estrategias más eficaces para el trabajo dependiendo de los diferentes tipos de personalidades y adecuando el programa a cada

una de ellas, dividir por categorías a los participantes para así poder aplicar el programa de psicoeducación que logre disminuir los niveles de ansiedad y depresión en los participantes previo a una evaluación inicial.

Los avances de las neurociencias han revelado la fina y estrecha conexión que existe entre el cerebro y cuerpo y cómo la acumulación de tensión y ansiedad propia de la vida moderna hacen que los cerebros se apaguen o se desconecten (Ibarra, 2009). Por lo que, se considera necesario la producción de un programa de psicoeducación adecuado para el adulto con esclerosis múltiple que responda a reducir los niveles de ansiedad y depresión que produce esta enfermedad.

El crear un programa de psicoeducación, no sólo ayuda a prevenir sino también a disminuir los niveles de ansiedad y depresión que son producidos por la enfermedad en sí misma y su desconocimiento, lo que aportará a mejorar el estilo de vida del adulto con esclerosis múltiple; con el enfoque grupal con el que se pretende trabajar se beneficiará la socialización y se generarán redes de apoyo lo cual ayudará a bajar la ansiedad y depresión que produce dicha enfermedad.

Se ha planteado este tema de investigación por un interés personal dirigido hacia los problemas neurológicos, enfocándose en la esclerosis múltiple y en poder plantear un programa que logre atenuar los niveles de ansiedad y depresión que pueden llegar a producirse por la misma.

Desde la parte teórica, la investigación ha surgido por la necesidad de determinar los posibles beneficios que brinda la psicoeducación focalizada en la personalidad de adultos con esclerosis múltiple. Se realizará un trabajo, en el que se abordarán los conceptos de “esclerosis múltiple”, “desarrollo cognitivo”, “personalidad”, “ansiedad” y “psicoeducación”, entre otros que se irán ampliando a medida que transcurra el presente estudio.

El motivo de esta investigación es desplegar un aporte a la sociedad, apoyándose en un marco teórico que brinde herramientas para poder desarrollar de la mejor manera las indagaciones requeridas. Esta disertación se basó en la psicoeducación desde la mirada de la psicología integrativa focalizada en la personalidad.

Fue factible realizar esta investigación puesto que se contó con la autorización por parte de los directivos de la Fundación de EM de Quito, centro en el que se llevó a cabo el estudio.

En cuanto a las implicaciones éticas, esta investigación, se llevó a cabo con la población que aceptó participar en ella y se encuentran al tanto del propósito y fines de la misma, expresando su acuerdo mediante la firma del Consentimiento Informado. Igualmente, se deja constancia de la confidencialidad de los nombres. El estudio publicará datos generales y grupales, permitiendo de esa manera encontrar las necesidades, sin dejar de lado la confidencialidad de los pacientes.

Objetivos:

GENERAL

Desarrollar un programa de psicoeducación focalizada en personalidad cognitiva, relacional y comportamental para adultos con esclerosis múltiple de la fundación de esclerosis de Quito.

ESPECÍFICOS

- › Describir los conceptos teóricos de esclerosis múltiple, personalidad, psicoeducación ansiedad y depresión.
- › Analizar teóricamente la personalidad desde el enfoque integrativo.
- › Implementar un programa de psicoeducación para pacientes con personalidad afectiva que tienen Esclerosis Múltiple que asisten a FUNDEM.
- › Evaluar el impacto del programa de psicoeducación en los niveles de ansiedad y depresión de los participantes.
- › Estructurar un protocolo de aplicación del programa implementado, para la re aplicación periódica del mismo.

CAPÍTULO II

Marco Teórico

En el marco teórico se desarrolla el concepto de esclerosis múltiple donde se puede entender la enfermedad, ¿Cómo? funciona y ¿Cuál? es su origen, así como también los síntomas y los tipos de EM, explicando así los problemas que se desarrollan debido a la enfermedad en funciones ejecutivas y cognitivas que se pueden dar a partir de la misma. Esto es importante ya que el estudio se basa en la personalidad la cual puede ser afectada por los problemas cognitivos y en las funciones ejecutivas.

Después se explicará la personalidad y su concepto, así como también la personalidad desde el modelo integrativo ya que es este el modelo en el que se basa el estudio y por último se dará una explicación de la esclerosis en cada tipo de personalidad como la puede afectar y los datos importantes que se deben tomar en cuenta para el desarrollo del programa de psicoeducación.

2.1 Esclerosis Múltiple:

La denominación esclerosis múltiple procede del término griego skleros (duro) y del término latín multiplex (múltiple). Otro nombre de la enfermedad, aunque mucho menos común, es el de poliesclerosis (del griego polys = varios, numerosos). (Fermose, 2015)

La esclerosis múltiple es una enfermedad crónica neurodegenerativa del sistema nervioso central, caracterizada por la tríada de inflamación, desmielinización y gliosis (tejido cicatricial) y pérdida neuronal; su evolución incluye recaídas-remisiones o ser progresiva. Las lesiones suelen ocurrir en diferentes instantes y en distintas localizaciones del SNC (es decir, están diseminadas en tiempo y espacio) (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

(Kasper, Fauci, & Hauser, 2016) afirma “La evolución clínica puede ser extremadamente variable, desde una enfermedad benigna hasta una alteración de rápida evolución e incapacitante que requiere ajustes notables en el estilo de vida”

Puede producir diferentes síntomas desde fatiga, falta de equilibrio, dolor, alteraciones visuales hasta alteraciones de la esfera cognitiva. No existe la posibilidad de contagio

por cuanto se sabe que no tiene una etiología infecciosa. No se ha comprobado una herencia a pesar de existir una predisposición genética en los pacientes.

Hasta hoy no se conoce una causa exacta, “La hipótesis más aceptada es que la esclerosis múltiple es fruto de una determinada predisposición genética asociada a ciertos **factores ambientales**, aún desconocidos, que originan una alteración en la **respuesta inmunológica**” (Álvarez, 2015) y se cree que los culpables podrían ser un virus, un defecto genético o ambos, por lo cual, su tratamiento se limita a mejorar y sostener la calidad de vida del paciente por el mayor tiempo posible.

Gracias al diagnóstico y el tratamiento que se ha dado en los últimos años el pronóstico de vida ha mejorado mucho, aun así, la falta de información sobre la enfermedad es un problema tanto para el paciente como para su familia.

Entre un 40% y un 65% de las personas con EM presentan deterioro cognitivo, más frecuente en fases avanzadas de la enfermedad. En torno a un 50% presentan problemas emocionales, siendo los más frecuentes la depresión, la ansiedad y la labilidad emocional (Fermose, 2015).

2.1.1 Epidemiología

Es una de las enfermedades neurológicas más comunes en la población de 20 a 40 años de edad, pero se puede observar a cualquier edad, la frecuencia de presentación es tres veces más en el sexo femenino que en el masculino. Alrededor de 10% de los casos inicia antes de los 18 años de edad y en un porcentaje menor comienza antes de los 10 años de edad.

Esta enfermedad ocupa el segundo lugar después de los traumatismos como causa de discapacidad neurológica que comienza en las fases: temprana y media de la vida adulta.

Afecta a 2.5 millones de personas en el mundo. Se han logrado observar repetidas veces gradientes geográficos su máxima prevalencia conocida (250 casos por 100 000 personas) se localizó en las islas Orkney, situadas al norte de Escocia. La prevalencia de Esclerosis Múltiple en otras zonas templadas del mundo es de 0.1 a 0.2%, en las zonas con clima trópica la prevalencia es de 10 a 20 veces menor (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

La esclerosis múltiple es menos frecuente en las áreas cercanas a la línea ecuatorial, mientras que la incidencia y la prevalencia aumentan conforme se alejan de estas áreas, creando un gradiente norte-sur bien definido. Reportes publicados en la última década proveen datos recientes de la prevalencia en Latinoamérica (Abad, 2010).

“Los estudios epidemiológicos indican que la enfermedad es más frecuente en la población blanca (tiene poca aparición en la raza negra y entre los orientales) y en los países de clima frío” (Hora, 2003).

La prevalencia de la Esclerosis Múltiple ha aumentado de forma constante en algunas regiones del mundo, en los últimos 50 años se refleja la influencia de un cambio ambiental como factor influyente en la enfermedad, con esta prevalencia se ha visto que las mujeres son las únicas afectadas, esto indica que las mujeres son más reactivas a este cambio ambiental.

“En América Latina la mayoría de los informes muestran cifras de prevalencia bajas o medianas con excepción de Uruguay y Brasil, donde se comunican cifras que fluctúan entre 20 y 30 casos/100.000 habitantes” (Abad, 2010).

La vitamina D es otro de los factores importantes en la EM, la deficiencia de la misma produce una reacción que activa los síntomas de la enfermedad una vez iniciada. Los efectos inmunoreguladores que tiene la vitamina D puede ser la razón por la que esto ocurre. “Por primera vez, en 1960, se informó de una correlación inversa entre la exposición a la luz solar y la prevalencia de EM” (Abad, 2010).

“El antecedente de tabaquismo también se ha asociado con riesgo de MS. En modelos en animales de MS, se identificó al pulmón como un sitio crítico de la activación de los linfocitos T patógenos causantes de la desmielinización autoinmunitaria” (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

En el Ecuador se encuentran diferentes estudios que explican la prevalencia de la enfermedad en el país, se usa aquí el artículo “*prevalencia de esclerosis múltiple en Ecuador*” (Abad, 2010), el mismo que describe en las 3 ciudades más importantes para el país: Quito, Guayaquil y Cuenca. Este artículo fue escrito en base a un estudio observacional realizado en 12 hospitales de tercer nivel en estas tres ciudades.

Se identificó a 159 pacientes en las ciudades donde se llevó a cabo el estudio. Quito, la ciudad capital, 5,05/100.000 habitantes (IC del 95%, 4,03-6,03); Guayaquil, en la costa, 2,26/100.000 habitantes (IC del 95%, 1,62-2,91); Cuenca, en el sur, 0,75/100.000 habitantes (IC del 95%, 0,024-0,175) (Abad, 2010).

Tabla No: 1: de prevalencia en el Ecuador

Ciudad	Población	Casos	Prevalencia	IC del 95%
Quito	2.036.260	103	5,05	4,08-6,03
Guayaquil	2.206.213	50	2,26	1,62-2,91
Cuenca	666.085	5	0,75	0,024-0,175

Tomado de: (Abad, 2010)

“En la ciudad de Quito, encontramos que la mayoría de la muestra corresponde al grupo de edad de 20 a 59 años” (Abad, 2010), además la prevalencia es mayor, en mujeres que en hombres. “La prevalencia en Quito, ciudad andina, es 3 veces más frecuente que en Guayaquil, la ciudad más grande del país situada en la costa del Pacífico, lo que señala una gradiente latitudinal con efectos ambientales diferentes” (Abad, 2010).

Con estos resultados se pudo concluir que el Ecuador tiene una baja prevalencia de Esclerosis Múltiple, aunque se deben realizar estudios más amplios para poder llegar a conocer la enfermedad en regiones alejadas.

Por otro lado, en un estudio realizado por la revista Española de Esclerosis Múltiple los resultados fueron: “En el estudio nacional de Ecuador finalizado en 2008, la frecuencia total fue estimada en 1.2/100,000, aunque se identificaron fluctuaciones menores en diversas zonas del país” (Rivera, Esclerosis Múltiple en Latino América, 2008).

2.1.2 Fisiopatogénia:

En afán de refrescar la memoria, se debe recordar que, el sistema nervioso central se divide en dos partes; el Encéfalo y la Médula Espinal. La unidad anátomo-funcional del sistema es la Neurona. Entre las partes de la misma, es importante mencionar la denominada vaina de mielina, que resulta ser la principal afectada en esta patología. La función de dicha vaina es aislar el axón para que la conducción eléctrica sea lo más específica posible. Cabe indicar que dicha mielina, tiene distinta conformación en el Sistema central y en el periférico. Mientras en el primero la constituyen los

Oligodendrocitos, células especializadas en la nutrición de las neuronas, su aislamiento y conducción, en el periférico lo constituyen las células de Schwan (Ruiz V. , 2017).

En la esclerosis múltiple la vaina de mielina del sistema nervioso central se ve afectada en distintas áreas por un proceso inflamatorio, que ocurre cuando las células inmunitarias del propio cuerpo atacan al sistema nervioso. Puede ocurrir en cualquier área del cerebro, el nervio óptico o la medula espinal, estas áreas que se encuentran afectadas son conocidas también como placas de desmielinización. La vaina de mielina no sólo protege las fibras nerviosas, sino que también ayuda a su funcionamiento, es por esta razón que, donde existen estas lesiones es más difícil que los impulsos nerviosos sean conducidos desde y hacia el cerebro, incluso pueden detenerse del todo, por lo cual, se da la aparición de los síntomas (Ruiz V. , 2017).

Hay bloqueo de la conducción cuando el impulso nervioso no puede atravesar el segmento desmielinizado; esto se observa cuando la membrana del axón en reposo se hiperpolariza por la exposición de los conductos (canales) del potasio dependientes de voltaje que normalmente están ocultos debajo de la vaina de mielina (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016), este fenómeno causa un bloqueo de conducción temporal, ya que los conductos de sodio (normalmente concentrados en los nódulos de Ranvier) ahora se distribuyen en el axón sin mielina, lo que permite la propagación lenta y continua de los potenciales de acción en todo el segmento desmielinizado.

Se desconocen los desencadenantes de los episodios sintomáticos, la causa puede ser simulación molecular entre agentes ambientales, probablemente patógenos, y linfocitos T patógenos activados por antígenos de mielina.

La Esclerosis Múltiple produce neurodegeneración ya que el daño a los axones se produce en cada nueva lesión, acumulando de esta manera axones perdidos lo que parece ser la principal causa de incapacidad neurológica progresiva e irreversible.

La desmielinización puede producir un menor apoyo trófico para los axones, redistribución de los conductos iónicos y desestabilización de los potenciales de acción de membrana. Los axones se pueden adaptar al inicio, pero, finalmente ocurre degeneración distal y retrógrada. Por tanto, favorecer la remielinización permanece como un objetivo terapéutico importante (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

Un aspecto no resuelto es si este proceso neurodegenerativo se da en la corteza cerebral, en la sustancia blanca o en alguna combinación de los dos, las lesiones que se dan en la sustancia blanca pueden influir en la Esclerosis Múltiple progresiva tardía, las placas inactivas a menudo no son inflamatorias en el centro, pero en los bordes se encuentran lesiones axónicas, además puede haber inflamación difusa en la sustancia blanca por la disminución de mielina y la lesión del axón lo que se conoce como “sustancia blanca sucia”, otra característica importante es que la inflamación a menudo está presente sin alteración concomitante de la BHE (barrera hemato encefálica), es por esta razón que, las inmunoterapias no funcionan, ya que no tienen la capacidad de atravesar la BHE para beneficiar a los pacientes con Esclerosis Múltiple (Ardilla & Feggy, 2012).

2.1.3 Tipos:

Según la FEM (Fundación de esclerosis múltiple) de Barcelona, existen 4 tipos de esclerosis:

Esclerosis múltiple Remitente- Recurrente (RRMS): Es el tipo de esclerosis más común, los síntomas se dan en forma de brotes que duran días, semanas o meses y varían de un episodio al otro dependiendo de la zona del sistema nervioso central afectada, durante este brote todos los síntomas que se dan por la enfermedad afectan al paciente, una vez superado el brote los síntomas pueden desaparecer completamente, aunque existe la posibilidad de que queden secuelas a nivel neurológico (Ruiz V. , 2017).

Esclerosis múltiple Primaria Progresiva (PPMS): En este tipo de esclerosis los síntomas aparecen progresivamente especialmente los que son relacionados con la capacidad de caminar y la fuerza motora, este tipo de esclerosis afecta aproximadamente a un 12% de la población.

En este tipo de esclerosis las personas no experimentan ataque, sino un deterioro funcional constante desde que inicia la enfermedad es más equitativa en cuanto al género en el que se presenta (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

Esclerosis múltiple Secundaria Progresiva (SPMS): Es un tipo de esclerosis derivado por el daño neurológico que puede ocurrir, el 25% de los pacientes que tienen esclerosis múltiple remitente-recurrente termina sufriendo este tipo de esclerosis.

En este tipo se produce un deterioro continuo de las funciones que no tiene relación con los ataques agudos, los cuales pueden cesar o continuar, los pacientes con RRMS tienen un riesgo del 2% por año de desarrollar SPMS (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

Esclerosis múltiple Progresiva Recurrente (PRMS): Este tipo de esclerosis es el menos común en la población, lo sufre solo un 3% de la misma, se caracteriza por una evolución constante de los síntomas desde el comienzo de la enfermedad y sin remisiones en la misma, este tipo de esclerosis produce un deterioro progresivo durante toda la enfermedad. Además, de producir también un deterioro a nivel de las funciones (Fundación de esclerosis de Barcelona, 2009).

2.2 Síntomas:

La aparición de síntomas en esta enfermedad depende del lugar donde se dé el daño y de la magnitud del mismo, por lo tanto, existen diferentes tipos de síntomas y también diferentes intensidades, los ataques pueden durar días semanas o meses, los ataques van seguidos de remisiones, que son periodos de tiempo en los que hay una reducción o desaparición de los síntomas. Es muy común que la enfermedad reaparezca o también puede continuar empeorando sin periodos de remisión (Ardilla & Feggy, 2012).

Dada la diversidad en la presentación de síntomas en cada persona con EM, así como de su frecuencia e intensidad, se considera que no existe una EM típica (Fermose, 2015).

“Es posible un bloqueo de conducción variable cuando hay hipertermia corporal o alteraciones metabólicas y puede explicar algunas fluctuaciones (típicas de la MS) de una hora a otra, o en caso de fiebre o ejercicio” (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

Dependiendo de la parte del sistema nervioso central donde se encuentren las placas de desmielinización se pueden dar los siguientes síntomas:

a. Síntomas musculares:

La espasticidad es uno de los síntomas que afectan en la Esclerosis Múltiple el 30% de los pacientes tienen espasticidad que va de moderada a intensa, especialmente en las extremidades inferiores, suele ser acompañada por espasmos dolorosos lo que dificulta la capacidad de desplazamiento (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016). También se dan síntomas como:

- Pérdida de equilibrio.
- Entumecimiento o sensación anormal en cualquier zona del cuerpo.
- Problemas para mover los brazos o piernas.
- Problemas para caminar.
- Problemas con la coordinación y para hacer movimientos pequeños.
- Temblor en uno o ambos brazos o piernas.
- Debilidad en uno o ambos brazos o piernas.

b. Síntomas vesicales o intestinales:

- Estreñimiento y escape de heces.
- Dificultad para comenzar a orinar.
- Necesidad frecuente de orinar.
- Urgencia intensa de orinar.
- Titubeo urinario.
- Escape de orina (incontinencia).
- Infecciones recurrentes.

Los síntomas vesicales son muy comunes en pacientes con esclerosis múltiple el 90% lo tienen y en un 33% de los pacientes los problemas de incontinencia son muy frecuentes. En más del 30% de los pacientes se encuentra estreñimiento, en un 15% de los pacientes se puede dar incontinencia rectal, a pesar de ser menos frecuente es un síntoma socialmente adverso (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

c. Síntomas oculares:

Neuritis óptica este síntoma incluye disminución de la agudeza visual, penumbra visual o menor percepción del color en el campo central de la visión, estos síntomas pueden ser leves o pueden evolucionar de una manera grave, en raras ocasiones se pierde del todo la percepción lumínica, normalmente los síntomas oculares se dan en un ojo a la vez, pero puede darse en ambos. En la aparición de estos síntomas suele existir dolor agravado por los movimientos oculares.

La INO (oftalmoplejía internuclear) en ambos ojos sugiere frecuentemente la esclerosis múltiple. “Otras perturbaciones frecuentes de la mirada en casos de MS incluyen: 1) parálisis en la visión horizontal; 2) síndrome de “uno y medio” (parálisis de la visión

horizontal y además INO), y 3) nistagmo pendular adquirido” (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016). También se dan síntomas como:

- Visión doble.
- Molestia en los ojos.
- Movimientos oculares incontrolados.
- Pérdida de visión (usualmente afecta un ojo a la vez).

d. Entumecimiento, hormigueo o dolor:

- Dolor facial.
- Sensación de picazón, punzadas, hormigueo o ardor en brazos y/o piernas. (parestesia)
- Hipostesia (Disminución de la sensación, insensibilidad o sensación de que la zona está “muerta”)
- Hiperestesia (Aumento de la sensibilidad.)
- La debilidad facial, es uno de los síntomas que pueden confundirse con la parálisis de Bell, pero en la esclerosis múltiple no se asocia con pérdida de la sensibilidad ipsolateral del gusto o con dolor retroauricular.

e. Síntomas sexuales:

- Problemas de erección.
- Problemas con la lubricación vaginal.
- Disminución de sensibilidad en genitales.
- Disminución de la libido.

f. Síntomas del habla y la deglución:

- Lenguaje mal articulado o difícil de entender.
- Problemas para masticar y deglutir.
- El lenguaje entrecortado es característico de la ataxia que afecta a la cabeza, el tronco o la voz.

g. Síntomas neuropsicológicos:

“La Neuropsicología (rama de la Psicología) se encarga de estudiar la relación existente entre las FPS (funciones psicológicas superiores) y la actividad cerebral” (Ruiz S. , 2000).

- Alteraciones cognitivas y comportamentales.
- Alteraciones en la memoria.
- Alteraciones lingüísticas.
- Alteraciones en las capacidades prácticas.
- Problemas de orientación auto y alopsíquica.
- Alteración en el estado de ánimo.
- Dificultad para razonar y resolver problemas.
- Problemas de atención.
- Problemas en lectura y escritura.
- Problemas para realizar cálculos
- Alteración en las funciones ejecutivas.

h. Otros síntomas:

El *vértigo* puede aparecer de repente por lesiones en el tronco encefálico, también puede darse hipoacusia, pero es poco común en la esclerosis múltiple.

La *fatiga* es uno de los síntomas más comunes y molestos a medida que avanza la esclerosis múltiple y se da con más frecuencia en las tardes.

La *sensibilidad al calor* es uno de los síntomas comunes de la esclerosis múltiple, en momentos donde se eleva la temperatura, por ejemplo, una ducha caliente, se da un brote de los síntomas, en las enfermedades febriles es impresionante como empeoran los síntomas, esto quizá es consecuencia de un bloqueo de conducción pasajero. “Muchos de los pacientes con esclerosis múltiple presentan con el tiempo caluroso un empeoramiento transitorio de los síntomas de la enfermedad. Así pues, es recomendable **evitar las altas temperaturas**” (Álvarez, 2015).

El *síntoma de Lhermitte* es una sensación parecida a un choque eléctrico, por lo general se da por flexiones u otros movimientos del cuello, se irradia hacia la región dorsal y las piernas es muy raro que se de en extremidades superiores, por lo general cede por si solo pero también puede persistir años (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

Los *síntomas paroxísticos* en la esclerosis múltiple se diferencian por ser breves (10 segundos a 2 minutos), por la gran frecuencia con que aparecen (5 a 40 episodios diarios), no alteran la conciencia ni los electroencefalogramas y siguen una evolución auto limitada que culmina con la desaparición espontánea generalmente duran semanas o meses, estos síntomas pueden ser desencadenados por el movimiento o la hiperventilación y pueden darse por descargas espontáneas que se originan en los bordes de placas desmielinizadas y se propagan a fascículos de sustancia blanca vecinos (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

La *miocimia facial* se caracteriza por contracciones rápidas y persistentes en los músculos de la cara, generalmente comienzan en la mitad inferior del orbicular de los ojos o una contracción que se propaga lentamente por toda la cara, esto se da por lesiones en el trayecto del nervio facial en el tallo encefálico o lesiones en los fascículos corticobulbares (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

2.3 Problemas Cognitivos

Las funciones cognitivas son los diferentes procesos mentales que permiten a los seres humanos tener un papel activo en la relación con otros y nos permiten realizar diferentes tipos de tareas. Los aspectos cognoscitivos dependen de diversas áreas del cerebro.

La atención: es uno de los procesos cognitivos, no tiene una definición estándar y universalmente aceptada, ya que, es un proceso que no se comprende completamente. Los seres humanos no somos capaces de procesar toda la información que podemos recibir en un día, por lo cual, es necesario que exista una manera de filtrar o seleccionar toda esa información e impulsos que recibimos a diario. Este proceso de selección es conocido como atención (Ardilla & Feggy, 2012).

Existen diferentes tipos de atención entre los cuales están: la orientación, atención enfocada, atención sostenida, atención selectiva, atención alternada, atención dividida. La atención es jerárquica lo que nos sirve para realizar diferentes tipos de tareas. La atención dividida es la más compleja, sin embargo, es la más vulnerable ante daño cerebral (Ardilla & Feggy, 2012).

Orientación: La orientación es una función cognoscitiva muy importante para los seres humanos ya que depende de la atención, memoria y percepción; permite establecer un nivel de conciencia y un estado general de activación; es la conciencia de sí mismo con

relación a sus alrededores. Al ser la orientación una parte muy importante para las diferentes actividades mentales es extremadamente vulnerable a los efectos de una disfunción cerebral.

Los defectos en cuanto a orientación son muy comunes en tiempo y espacio, son los síntomas más frecuentes cuando existe alguna lesión (Ardilla & Feggy, 2012).

Memoria: es otro de los procesos cognitivos, que permite almacenar experiencias y percepciones para evocarlas posteriormente, es uno de los procesos más importantes para el ser humano ya que refleja experiencias pasadas, permite adaptarse al presente y prepararse para el futuro. Es uno de los procesos cognoscitivos más complejos, al igual que la atención, interviene para el funcionamiento de muchos procesos cognoscitivos por ejemplo la adquisición del lenguaje (Ardilla & Feggy, 2012).

La memoria consta de tres fases: retención o registro, almacenamiento o conservación y la de evocación o recuperación. Al igual que la atención en la memoria existen diferentes tipos la memoria sensorial, memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

En la esclerosis múltiple la disfunción cognitiva es uno de los síntomas, esta disfunción puede incluir problemas como amnesia, disminución de la atención, dificultad para la resolución de problemas, lentitud en el procesamiento de la información y problemas de desplazamiento entre las tareas cognitivas. Estos problemas a nivel cognitivo han llegado a ser tan graves que logran entorpecer las actividades diarias, por lo cual, en ocasiones, a estos pacientes, se les da incapacidad en el trabajo o en actividades cotidianas (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

Es muy frecuente que se informen sobre los problemas en la memoria, ya que, son los más evidentes, en la esclerosis múltiple la memoria a corto plazo es la que se ve comúnmente afectada.

2.4 Problemas en Funciones ejecutivas

Las Funciones ejecutivas no se refieren a un proceso cognitivo unitario, son un constructo psicológico que incluyen un conjunto de habilidades que controlan y regulan otras habilidades y conductas, son habilidades de alto orden que influyen sobre habilidades básicas como la atención, la memoria y las habilidades motoras.

Las funciones ejecutivas permiten organizar, integrar y manipular la información que se adquiere día a día, además regulan el comportamiento con el fin de lograr metas a largo plazo, es decir regulan nuestras emociones y conductas. Estas funciones también están involucradas en la conducta social, ya que permiten anticipar el estado de ánimo o la manera de pensar de los otros; de la misma manera, participan en la emisión de juicios basados en estados afectivos (Ardilla & Feggy, 2012).

Estas habilidades permiten que los individuos inicien y terminen las tareas y si en el proceso se presenta una dificultad perseveren hasta alcanzar el objetivo, manteniendo un pensamiento flexible durante la resolución de problemas, para realizar todas estas actividades es necesario que la atención sea adecuada, por lo que estas funciones también son denominadas como aspectos de alto orden de la atención o control atencional (Ardilla & Feggy, 2012).

Debido a que el medio ambiente no siempre es predecible, las funciones ejecutivas son indispensables para reconocer la significancia de situaciones inesperadas y poder hacer planes alternativos cuando surgen eventos inesperados, de esta manera, contribuyen en el desempeño de actividades diarias en el aspecto individual, social y ocupacional (Ardilla & Feggy, 2012).

Las funciones ejecutivas también permiten controlar las conductas inapropiadas, por lo que las personas que tienen problemas en sus funciones ejecutivas suelen tener comportamientos que son considerados ofensivos e inaceptables para los demás, es por esta razón que las funciones ejecutivas son indispensables para la interacción social (Ardilla & Feggy, 2012).

Debido a la importancia de estas habilidades, existe controversia en cuanto a las bases neuroanatómicas y funcionales de las mismas, pero diversas investigaciones han demostrado que los lóbulos frontales juegan un papel importante en el desempeño de las funciones ejecutivas (Ardilla & Feggy, 2012).

Es importante tener en cuenta la diferencia que existe entre las funciones ejecutivas y las funciones de los lóbulos frontales, mientras las funciones de los lóbulos frontales se refieren a términos anatómicos e incluyen áreas funcionalmente diferentes y las funciones ejecutivas son un constructo psicológico que incluye varias habilidades (Ardilla & Feggy, 2012).

Los lóbulos frontales son el centro de coordinación de actividades básicas, como la atención, la memoria, la actividad motora y también es el sitio principal de algunas funciones ejecutivas como la autorregulación meta cognición, memoria de trabajo y flexibilidad cognitiva (Ardilla & Feggy, 2012). Estos lóbulos ocupan el 30% de la corteza cerebral, es el lugar donde los procesos menos complejos como la sensación y percepción son procesados e integrados en pensamientos, memorias y habilidades; es así como, se inician los planes y acciones. Debido a la complejidad de estos procesos la corteza frontal tiene un desarrollo más lento, por lo que las funciones ejecutivas no terminan de desarrollarse si no hasta el final de la segunda década de vida.

Es importante tener en cuenta que las funciones ejecutivas tienen una diferencia con el conocimiento, las funciones ejecutivas se relacionan con la toma de decisiones y la ejecución de funciones adaptativas, mientras que el conocimiento se refiere a la retención y organización de una serie de datos y hechos, es decir una retención pasiva. Las funciones ejecutivas son activas mientras el conocimiento es pasivo (Ardilla & Feggy, 2012).

En la esclerosis múltiple como se explicó antes todo el cerebro se puede ver afectado, por lo tanto, puede haber daños en el lóbulo frontal, lo que produce un deterioro de las funciones ejecutivas. “Se pensó alguna vez que la euforia era característica de la MS, pero en realidad es poco común y sólo se observa en menos de 20% de los enfermos” (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

Los estados de ánimo también son controlados por las funciones ejecutivas en la esclerosis múltiple la depresión se presenta en el 50% de los casos esta puede ser reactiva, endógena o parte de la propia enfermedad, esto se puede dar por algún problema en las funciones ejecutivas, así como también puede ser producto del cambio que ocasiona la enfermedad y el apoyo social que podría faltar en estos casos, la depresión influye en la fatiga, que es un síntoma muy común de la esclerosis múltiple (Barcelona, 2012).

Es importante recalcar que el 90% de pacientes con esclerosis múltiple sufren de fatiga, esta es la razón más frecuente, por la cual, se da incapacidad laboral. Esta fatiga puede darse por el incremento de temperatura, la depresión, un esfuerzo excesivo para realizar ciertas actividades o por problemas en el sueño, debemos tomar en cuenta en el factor

psicológico la ansiedad que produce el no saber cómo van a llegar los síntomas o cuánto tiempo van a durar (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

2.5 Depresión:

La depresión según la (Organización Mundial de la Salud, 2013) dentro del CIE 10 afirma que es la pérdida de la capacidad de disfrutar e interesarse de las cosas, así como la disminución de vitalidad lo que conlleva a la disminución de actividades diarias dentro de los episodios depresivos se presenta también una disminución en la atención y concentración, la pérdida de confianza en sí mismo, trastornos de sueño, cambios fuertes en el apetito, etc.

- Episodios aislados de reacción depresiva.
- Depresión psicógena (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión reactiva (F32.0, F32.1 ó F32.2).
- Depresión mayor (sin síntomas psicóticos)

En el DSM IV encontramos la diferente codificación:

A. Presencia de un único episodio depresivo mayor.

B. El episodio depresivo mayor no se explica mejor por la presencia de un trastorno esquizoafectivo y no está superpuesto a una esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante o un trastorno psicótico no especificado.

C. Nunca se ha producido un episodio maníaco, un episodio mixto o un episodio hipomaníaco.

Nota: Esta exclusión no es aplicable si todos los episodios similares a la manía, a los episodios mixtos o a la hipomanía son inducidos por sustancias o por tratamientos o si se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica (APA, 2004).

2.6 Ansiedad:

De acuerdo con el CIE 10 encontramos al trastorno de ansiedad generalizada cuya característica es una ansiedad persistente que no está limitada ni predomina en un ambiente particular, es decir, “angustia libre flotante”, la queja común es sentirse nervioso, con temblores, sudoración, mareos, vértigo, es más común en mujeres. El afectado debe tener síntomas de ansiedad la mayor parte de los días durante al menos varias semanas seguidas. Entre ellos deben estar presentes rasgos de:

- a) Aprensión (preocupaciones acerca de calamidades venideras, sentirse "al límite", dificultades de concentración, etc.).
- b) Tensión muscular (agitación e inquietud psicomotrices, cefaleas de tensión, temblores, incapacidad de relajarse).
- c) Hiperactividad vegetativa (mareos, sudoración, taquicardia o taquipnea, molestias epigástricas, vértigo, sequedad de boca, etc.).

Por otro lado, el DSM IV:

A. Ansiedad y preocupación excesivas (expectación aprensiva) sobre una amplia gama de acontecimientos o actividades (como el rendimiento laboral o escolar), que se prolongan más de 6 meses.

B. Al individuo le resulta difícil controlar este estado de constante preocupación.

C. La ansiedad y preocupación se asocian a tres (o más) de los seis síntomas siguientes (algunos de los cuales han persistido más de 6 meses). Nota: En los niños sólo se requiere uno de estos síntomas:

- 1. inquietud o impaciencia
- 2. fatigabilidad fácil
- 3. dificultad para concentrarse o tener la mente en blanco
- 4. irritabilidad
- 5. tensión muscular

6. alteraciones del sueño (dificultad para conciliar o mantener el sueño, o sensación al despertarse de sueño no reparador)

D. El centro de la ansiedad y de la preocupación no se limita a los síntomas de un trastorno; por ejemplo, la ansiedad o preocupación no hacen referencia a la posibilidad de presentar una crisis de angustia (como en el trastorno de angustia), pasarlo mal en público (como en la fobia social), contraer una enfermedad (como en el trastorno obsesivo-compulsivo), estar lejos de casa o de los seres queridos (como en el trastorno de ansiedad por separación), engordar (como en la anorexia nerviosa), tener quejas de múltiples síntomas físicos (como en el trastorno de somatización) o padecer una enfermedad grave (como en la hipocondría), y la ansiedad y la preocupación no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno por estrés postraumático.

E. La ansiedad, la preocupación o los síntomas físicos provocan malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo.

F. Estas alteraciones no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (p. ej., drogas, fármacos) o a una enfermedad médica (p. ej., hipertiroidismo) y no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno del estado de ánimo, un trastorno psicótico o un trastorno generalizado del desarrollo (APA, 2004)

2.7 Personalidad:

2.7.1 Definición de personalidad

Para hablar sobre personalidad existen un sin fin de autores que nos permiten tener un acercamiento a la definición de dicho término de los cuales se mencionará algunos, considerados los más importantes:

Para el modelo integrativo y su principal representante en el Ecuador (Balarezo L. , 2010), citado en “psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad”; la personalidad está definida como “una estructura dinámicamente integrada de factores biológicos, psicológicos y sociales que establecen en el ser humano, un modo de percibir, pensar, sentir y actuar singular e individualmente“. Para esta definición se ha considerado una serie de aspectos esenciales:

- Está sujeta a variaciones que dependen de su propio dinamismo, así como también de las influencias del entorno.
- Su estructura determinara una forma específica de actuar y relacionarse.
- Su existencia permite la tipificación y la predicción relativa sobre la manera de ser de un individuo.

Para (Eysenck H. , 1971) la personalidad es el resultante total de los “patrones” reales o potenciales del organismo, determinados por la herencia y el ambiente. La personalidad emerge y se desarrolla en la interacción funcional de los cuatro sectores principales por los que se organizan los patrones de comportamiento: cognitivo, conativo, afectivo y somático.

Para Raymond Catell en (Schultz & Schultz, 2013) la personalidad es aquello que permite predecir lo que alguien hará en una situación dada, por lo que fundamenta su estudio en el análisis de rasgos que considera elementos mentales de la personalidad que para ser entendidos primero se debe describir con precisión el patrón global de rasgos que define al individuo; dentro de ellos se destacan los rasgos comunes que son aquellos que todos poseemos en cierta medida y los rasgos únicos que serán aquellos que posee solo un individuo o unos cuantos.

Según los autores revisados con antelación se llega a la conclusión de que: La personalidad es entendida como una estructura interna que consta de factores biológicos, psicológicos y sociales los mismos que están en constante interacción favoreciendo acciones como pensar, percibir, actuar y relacionarse. Cada una de ellas con un componente personal que permite generar rasgos propios que le diferencian de los demás considerándola, así como una organización dinámica que se encuentra en constante cambio y movimiento.

2.8. Tipología de la personalidad:

Gracias al basto estudio que se ha hecho sobre el término personalidad se ha considerado agrupar en tipologías a individuos que cuente con rasgos similares ubicando elementos básicos del comportamiento y maneras de relacionarse con el otro, para lo cual, se utilizaron algunas teorizaciones que se explican a continuación:

Teoría de rasgos

Para la teoría de rasgos las atribuciones descriptivas son la manera más simple para describir a la personalidad, permitiendo ubicar características conductuales y comportamentales que puedan ser evidenciadas a través de la observación objetiva, encontrando así palabras que engloban dichos rasgos. Estos rasgos, actualmente, se han empleado ayudando a desarrollar, dentro de varios enfoques, material que posibilita evaluar conductas con fines específicos como lo son: fortalezas y debilidades del individuo.

Para Eysenck (Eysenck H. , 1987) representante de esta teoría la personalidad se divide de la siguiente manera:

- Tipo Extraversión

Debe entenderse a través de la inhibición cortical y no del comportamiento, esta inhibición hace que una persona controle su conducta, y se mantenga dentro de la normalidad de su medio. En otras palabras, el SNC (Sistema Nervioso Central) cumpliría sus funciones en un 100%.

El sujeto extravertido tendría una mayor inhibición, por lo que sería más impulsivo al actuar, y tendría poca consideración por las opiniones externas; el sujeto introvertido por el contrario desarrolla una baja inhibición por lo que sería más precavido al actuar y tendría en consideración las opiniones externas.

Extraversión : Baja excitación cortical

Intraversión : Alta excitación cortical

- Tipo Neuroticismo

El tipo neuroticismo se explica a través del control que la persona tiene sobre su SNA (Sistema Nervioso Autónomo), es así como se plantea que este sistema se ve afectado por las situaciones de fuerte tensión, momentos de extrema preocupación o peligro para el individuo.

Los individuos neuróticos presentan un elevado nivel de estimulación del SARA, lo cual ocasiona que el ser humano, se encuentre en estado de vigilia extremo; por lo tanto, se observa una persona demasiado sensible a los estímulos sensoriales.

- Tipo Psicoticismo

El tipo Psicoticismo, es un continuo del comportamiento normal pero separado del comportamiento neurótico. El neuroticismo y el psicoticismo en sus polos son consideradas dimensiones anormales de la personalidad que surge producto de que el SNC deja de cumplir sus funciones de adaptación al medio y de reflejar la realidad objetiva en el ser humano.

Así se produce que las personas psicopáticas sean consideradas anormales en el modo de conocimiento social cosa que no ocurre con los neuróticos; en otras palabras, son personas que realizan actos socialmente castigados como anormales y en algunos casos despreciables (Eysenck H. , 1987).

Teorías tipológicas

Dentro de esta teoría el predominio de la etiquetación es evidente y constituye agrupar varios rasgos en uno. La prevalencia de una actuación que tiende a ser permanente y descriptiva favorece la determinación de la tipología para Sheldon y Kretschmer que son los principales representantes de esta teoría la división se presenta de la siguiente manera considerando como factor esencial la estructura corporal la misma que guarda una íntima relación con la psique humana:

Para Sheldon (Carrazon, 2012) la personalidad según su división en base a la estructura corporal es:

Ectomorfos: altos, delgados, frágiles, gran desarrollo del sistema nervioso. Son portadores de un temperamento cerebrotónico. Personas débiles, pesimistas, ansiosas, calladas.

Mesomorfos: complexión atlética, desarrollo óseo-muscular. Les corresponde un temperamento somatotónico. Fuertes, persistentes, agresivos, e insensibles. Admiran las aventuras, y los riesgos.

Endomorfos: complexión redondeada, desarrollo visceral. Les corresponde un temperamento viscerotónico. Son sociables, amistosos, cómodos, necesitan afecto y protección.

Teorías del desarrollo

El enfoque principal para esta teoría son los sucesos acontecidos a lo largo del ciclo vital y como el desarrollo de los mismos ha generado ciertas estructuras en la

personalidad de individuo. Desde el modelo integrativo se pretende influenciar y modificar ciertos aspectos con el fin de generar reconocimiento, flexibilidad y herramientas para el manejo de las mismas, sin modificar la estructura como tal; dentro de los representantes esenciales está Erickson y Freud.

Enfoque ideográfico vs enfoque nomotético desde (Balarezo L. , 2010)

Allport es el autor que da paso al cuestionamiento dentro de estos dos enfoques explicando a través de sus escritos las diferencias que los caracterizan. El enfoque ideográfico se organiza sobre la individualidad una característica fundamental del ser humano que pone en juego la complejidad y la singularidad de cada persona esto con el objetivo de poder estudiar al individuo como un total, que no está sujeto a leyes universales y del cual nos interesa saber por qué ha evolucionado hacia lo que es. Los profesionales que utilizan este enfoque para el estudio de la clínica en pacientes consideran que el manejo del CIE10 así como del DSM5 es insuficiente para entender el lugar del paciente, ya que se deja de lado información descriptiva la cual facilitaría entender la relación del paciente su personalidad y la psicopatología (Balarezo L. , 2010).

Ahora bien, para el enfoque nomotético los principios generales son su punto básico de partida y lo que buscan aplicar a grupos de personalidades con el fin de llegar a un entendimiento más general para lo cual se toma en cuenta necesidades, motivos, mecanismos, rasgos, esquemas y defensas para así explicar la personalidad sin hacer referencia a una persona en concreto. El desarrollo de este enfoque ha favorecido a la ciencia por su tendencia a la generalización ya que hacen referencia los rasgos personales comparativos que pueden ser observados o medidos (Balarezo L. , 2010).

Para la perspectiva integradora del modelo focalizado en la personalidad busca integrar tanto el modelo ideográfico así como el modelo nomotético en busca de generar una tipificación con un nivel óptimo de precisión y alcance pretendiendo establecer principios que sean relevantes desde el punto de vista individual lo que significa que la historia individual tiene relevancia en cada individuo pero la misma no se puede desarrollar fuera de un sistema que de paso a la comparación y verificación científica validada. Este aspecto que va desde lo particular a lo general admite etiquetas que tipifiquen estilos estables y permanentes de comportamiento (Balarezo L. , 2010).

Para plantear la tipología de la personalidad desde el modelo integrativo se tomará en cuenta que existen construcciones similares en los individuos que permiten la experiencia social y familiar los mismos que ayudaran a formar referentes de agrupación con ejes básicos como lo son: cognición, afectividad, conducta y relaciones interpersonales los mismos que se presentan en todas las personas en diferentes niveles y de diferentes formas que tanto por déficit o predominio establecerán grupos generales de afinidad (Balarezo L. , 2010).

El fin de generar grupos es responder a la demanda de la interacción profesional y sobre todo a las investigaciones sobre clasificadores internacionales de la personalidad. Pero adicional a eso, se pretende distinguir también una personalidad ajusta, la cual se desarrolla de manera adecuada en diferentes situaciones sin generar sufrimiento alguno.

Otro tema que es plausible mencionar es que, dentro de la clasificación integrativa, la edad no es un elemento que se tome en cuenta, como en otras clasificaciones esto en vista de que la personalidad se forma desde el momento mismo de la concepción y sufre distintos cambios a lo largo del ciclo vital pero pese a eso mantiene una estructura básica (Balarezo L. , 2010).

2.9. En el modelo integrativo

Para plantear la tipología de la personalidad desde el modelo integrativo se tomará en cuenta que existen construcciones y estructuras similares en los individuos las mismas que permiten la experiencia social ayudando a formar referentes de agrupación con ejes básicos como lo son: cognición, afectividad, conducta y relaciones interpersonales dentro de estas características se ubicará la clasificación tanto por déficit o predominio que establecerán grupos generales de afinidad.

Grupos con características de predominio (Balarezo L. , 2010):

Tabla No: 2 Personalidades afectivas

Afectivo	
Histriónicas	Ciclotímicas
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda constante de apoyo y elogio • Incomodidad ante situaciones en las que no es el centro de atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Oscilaciones de su estado de ánimo • Periodos de aceleramiento funcional y psíquico • Contacto social fácil, agradable, alegre y franco

<ul style="list-style-type: none"> • Vanidad en su apariencia y conducta • Utilización permanente del aspecto físico para llamar la atención • Exageración en la expresión de sus emociones de manera pintoresca, dramática y tendencia a la teatralidad • Inestabilidad, labilidad y excitabilidad emocional • Relaciones interpersonales superficiales • Escasa tolerancia la frustración • Sugestionabilidad y facilidad para dejarse influenciar por los demás • Interacción caracterizada por comportamiento seductor y provocativo • Manipulación a través de la verbalización • Consideración de las relaciones más íntimas de lo que son en realidad 	<p>que se alternan con periodos de retraimiento social</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad • Colaboración solicita y preocupación por los demás • Periodos de lenificación orgánica y física • Bajo nivel de tolerancia • En estado afectivo positivo: activo, trabajador, optimista, participativo y organizador • En estado afectivo negativo: triste, pasivo, despreocupado, negativista y retraído
--	---

Tomado de: (Balarezo L. , 2010)

Dentro de este grupo en especial de los ciclotímicos las expresiones de emociones es fácil, lo que los hace desinhibidos y de fácil cambio de comportamientos, los acercamientos sociales son cómodos, son extrovertidos con constante búsqueda de estimulación del medio, pero tratan de mantener una tendencia más a lo interno; las cogniciones se encuentran inválidas por el afecto.

Cognitiva	
Anancásticas	Paranoides
<ul style="list-style-type: none"> • Búsqueda de perfección en ocasiones interfiere con la vida práctica • Rectitud y escrupulosidad • Preocupación por los detalles, orden y reglas predominio del súper yo • Apego al trabajo y la productividad • Tendencia a la indecisión, cualquier aspecto que amenaza su rutina les genera ansiedad. • Tendencia conductas rígidas • Incapacidad para desprenderse de los objetos • Falta de generosidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Inferencia sobre engaños • Tendencia al rencor • Expansividad del yo • Características de liderazgo • Sentido combativo y tenaz de los propios derechos • Propensión a ser muy competentes • Tendencia a frialdad, el egocentrismo y la rigidez • Desconfianza ante nuevas amistades • Propensión a los celos • Reacción y contrataque ante la humillación y ofensa • Generosidad por poder • Interesados por el poder y el rango social • Sospechas sin bases suficientes

Los histriónicos comparten ciertas características como la expresión de emociones y la facilidad de encontrarse en situaciones sociales, pero están en búsqueda constante de aprobación del otro, por lo que, su tendencia es más a lo exterior (Balarezo L. , 2010).

Tabla No: 3: Personalidades cognitivas.

Tomado de: (Balarezo L. , 2010)

Los juicios, el razonamiento y la lógica se destacan en sus comportamientos, en expresión afectiva y, por ende, en la manera de relacionarse con los demás, se identifican con ser adherentes tanto a comportamientos como a reacciones manteniéndolos arraigadamente. El control es evidente en los anancásticos y se presenta de manera más interna, pero tiende a ser más externo en los paranoides.

Tabla No: 4: Personalidad Comportamental

Comportamental	
Impulsivos	Trastorno disocial de la personalidad
<ul style="list-style-type: none"> • Relaciones interpersonales intensas he inestables • Impulsividad en sus reacciones cotidianas • Alteración de la identidad con autoimagen acusada y sentido de sí mismo persistentemente inestable. • Preferencia por espacios abiertos, que sean de riesgo y competencia • Manifestaciones explosivas he incluso violentas antes críticas de los demás • Sentimientos crónicos de vacío • Impulsividades en algunas áreas que pueden ser potencialmente dañinas: gasto, sexo, abusos de sustancias y conducción temeraria • Tolerancia al dolor 	<ul style="list-style-type: none"> • Pauta de conducta irresponsable • Impulsividad, irritabilidad, agresividad y violencia • Falta de remordimiento, predisposición de culpar a los demás • Incapacidad para mantener relaciones personales • Tolerancia muy baja la frustración • Carencia de aprendizaje a través de la experiencia • Falta de empatía • Despreocupación por la seguridad personal o ajena • Fracaso en actividad laboral y mantenimiento de obligaciones económicas • Fracaso por someterse a las normas sociales • Peleas físicas repetitivas y agresiones

Tomado de: (Balarezo L. , 2010)

La activación del comportamiento es inmediata ante situaciones de carácter conductual, afectivo, cognitivo, tiende a ser una característica que define a este grupo; en los impulsivos existe un control de las acciones a diferencia de los disociales que carecen por completo de ley y auto control.

Grupos con características de déficit relacional: (Balarezo L. , 2010)

Tabla No: 5: Déficit relacional

Esquizoides	Dependientes
<ul style="list-style-type: none"> • Carencia de disfrute de las relaciones estrechas • Elección de actividades solitarias • Frialidad afectiva, sin expresión de sentimientos • Dificultad para tener experiencia interpersonales y sexuales • Indiferencia a la aprobación y crítica de los demás • Tendencia a la fantasía • Disfrute con pocas o ninguna actividad • Incapacidad relativa para sentir placer • Escasa amistad íntima con personas de confianza, aparte de los familiares de primer orden • Afectividad reprimida 	<ul style="list-style-type: none"> • Dificultad para tomar decisiones cotidianas si no cuenta con un consejo o reafirmaciones de los demás • Tendencia por fomentar o permitir que otras personas asuman responsabilidades importantes de su propia vida • Aquiescencia a los demás • Sensibilidad a la crítica y la desaprobación • Poca iniciativa, dificultad para organizar proyectos y otras actividades • Búsqueda urgente de otra relación cuando termina un vínculo • Temor la abandono • Colaboración y disciplina • Sufrimiento excesivo en pérdidas afectivas Conducta dependiente y sumisa • Incomodidad ante la soledad
Evitativas	Trastorno esquizotípico de la personalidad
<ul style="list-style-type: none"> • Hipersensibilidad a los contactos interpersonales, por lo que evita trabajos o actividades que impliquen un contacto importante • Precepción de sí mismo como carente de habilidades sociales y persona mente poco interesante a los demás • Pocas relaciones íntimas y confidentes • Preocupación por la posibilidad de ser criticado o rechazado • Establecimiento de vínculos cuando está seguro de la aprobación del otro • Extremadamente reacio a correr riesgos o a implicarse a nuevas actividades 	<ul style="list-style-type: none"> • Idea de referencia • Susplicacia o ideación paranoide • Creencias raras o pensamiento mágico que influyen en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturas • Ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo • Experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales • Pensamiento y lenguaje raro, vago, circunstancias, metafórico o estereotipado

<ul style="list-style-type: none"> • Evitación de actividades sociales complejas • Tendencia a rehuir dificultades, riesgos y peligros físicos • Dificultad para implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar 	<ul style="list-style-type: none"> • Afectividad inapropiada o restringida • Falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado • Comportamiento o apariencia excéntricos o peculiares
---	--

Tomada de: (Balarezo L. , 2010)

2.10 Personalidad y esclerosis

Con lo revisado con antelación se puede colegir que la personalidad tiene diferentes factores que son importantes para la constitución de la misma. De entre todos aquellos se tomarán en cuenta, los factores biológico y social para explicar cómo el padecimiento de la esclerosis múltiple puede llegar a afectar la personalidad de cada paciente, estudio que nos permitirá desarrollar un programa de psicoeducación focalizado en la personalidad.

La personalidad debe ser el reflejo del “estado fisiológico del organismo en aquel instante, el cual, a su vez, puede producir patrones responsables de las diferencias individuales como consecuencia de diferencias anatomofisiológicas, dependientes a su vez de factores ambientales (sociales y no sociales) o genéticos” (Sánchez Turet & Bidon Chanal, 1980).

En neurología clínica se habla del término “cambio de personalidad” cuando se menciona un tipo de personalidad y conductas diferentes a las que existían antes de la enfermedad. “La conducta observada en una situación dada depende así de la eficiencia con que funciona el sistema nervioso central” (Eysenck H. , 1970).

El factor biológico de la personalidad basado en el cerebro y su funcionamiento es importante tomarlo en cuenta, dentro de la esclerosis múltiple puesto que, el daño cerebral que se produce podría afectar tanto a la conducta como a la personalidad, lo cual, podría crear confusión y ansiedad tanto para el paciente como para su entorno. Cabe destacar de modo importante que no todos los pacientes de esclerosis múltiple sufren de estos cambios, pero eso no quiere decir que ninguno lo haga.

Desde (Anglada, Arévalo, & Galán, 2006) se afirma que los cambios en la personalidad pueden ocurrir por cambios en el funcionamiento del sistema nervioso, causados por

daños orgánicos, cambios psicológicos e incluso influidos por los efectos farmacológicos de las drogas utilizadas. Cuando los cambios son psicológicos se puede encontrar diferentes trastornos, entre ellos, cambios en las emociones, que afectan a la vida cotidiana; pero, cuando los cambios son orgánicos, la evolución de la enfermedad traduce sintomatología más focalizada, y, por tanto, más orientada hacia las estructuras basales del Sistema

La neuropsicología nos dice que, si el daño estructural va ascendiendo hacia los niveles de corteza cerebral, la sintomatología se vuelve mucho menos focalizada y por tanto más variada, tomando aspectos como emocionalidad, personalidad, actitud, conducta, estos cambios son más difíciles de comprender, así como más difícil de afrontarlos (Anglada, Arévalo, & Galán, 2006).

Algunos clínicos que tratan la esclerosis múltiple creen estos pacientes, compartirían un patrón específico de personalidad que los llevaría a afrontar su enfermedad de manera similar. Sin embargo, es oportuno tener en cuenta la diferencia existente entre los rasgos de personalidad y los síndromes clínicos; mientras los rasgos sean estables, serán característicos de la personalidad y forman un patrón psicológico; en tanto que, los síndromes clínicos son un estado transitorio normalmente reactivo a circunstancias vitales (Maceda García & Louzano Martinez).

“Los síndromes clínicos más frecuentemente ligados a la EM son los trastornos afectivos y de ansiedad. Su coexistencia con la EM aumenta el riesgo suicida, el abuso de alcohol, las quejas somáticas y empeora el funcionamiento social” (Maceda García & Louzano Martinez).

Se ha encontrado en diferentes estudios que, lesiones en el sistema límbico causados por la esclerosis múltiple pueden ser causa de trastornos emocionales, siendo la más común la depresión en estos pacientes. Esta depresión también puede ser reactiva por los cambios que se producen durante el curso de la enfermedad.

Los cambios que se producen en la conducta y los afectos se dan a lo largo de la evolución de la enfermedad, siendo poco frecuentes estos cambios en el inicio de la misma. Varios estudios estiman que, durante las fases iniciales de la enfermedad, entre el 45-65% manifiestan un déficit cognitivo en cuanto a la velocidad de los procesos informativos, algunas funciones ejecutivas, la atención y la memoria; estos daños se

pueden observar en fases tardías de la enfermedad, estimando una incidencia del 6-10% solamente (Molina López, Piles de la Fuente, & Salazar Freile , 2016).

“Los estudios más actuales señalan como principal causa la actividad desmielinizante de la enfermedad e insisten en que los cambios en la personalidad del individuo constituirían un síntoma de la enfermedad derivado de lesiones en el lóbulo frontal” (Molina López, Piles de la Fuente, & Salazar Freile , 2016). Hay que tener en cuenta que los cambios en la EM se pueden dar en distintas áreas del cerebro, obteniendo diferentes tipos de conductas y/o cambios neuropsicológicos explicados por el fenómeno de la diasquisis cerebral. El hecho de que cada región cerebral específica mantiene conexiones amplias con el resto del cerebro, y al destruirse un área particular se produce no sólo el efecto del daño local de esta área, sino que de alguna manera se afectan regiones mucho más extensas que mantienen contactos con tal región (Ardila & Ostrosky , 2012).

“En cuanto a la correlación anatómica, diversas investigaciones han determinado que lesiones en el lóbulo frontal pueden dar lugar a cambios de personalidad, y lesiones a nivel de la región orbitofrontal, más específicamente pueden producir desinhibición” (Molina López, Piles de la Fuente, & Salazar Freile , 2016). Al existir este tipo de lesiones, se podría producir una desinhibición sobre todo en sentido social, en que el individuo puede disminuir el control de impulsos y conductas socialmente aceptadas, lo cual, dificultaría su relación con el entorno.

Como se ha mencionado antes los síntomas de la esclerosis múltiple son diversos, dependiendo del área del cerebro en la que se produzca el daño, no todos los pacientes sufren de los mismos síntomas y tampoco se puede encontrar síntomas específicos de la enfermedad. Dentro de la multiplicidad de síntomas se requiere tomar en cuenta que tienen un papel importante los cambios conductuales y de personalidad que ocurren a lo largo de la enfermedad. Como todos los otros síntomas, los cambios conductuales y de personalidad, pueden aparecer y desaparecer a través del tiempo o bien, ser permanentes; pueden ser visibles para los demás y no para el paciente o viceversa.

En cuanto a los cambios que pueden darse debido a desmielinización en zonas del cerebro predominantes en los diferentes tipos de personalidad están:

2.11 Personalidad Afectiva:

Según la información encontrada en varias de las teorías aquí utilizadas, se colige que en las personalidades afectivas se ve disminuida la excitación cortical, por lo que, la persona tiene características de extraversión.

Durante la esclerosis múltiple la excitación cortical se podría ver afectada ya que, desde el punto de vista fisiopatológico de la enfermedad, el estímulo llegaría con menor intensidad, por lo que, la extraversión se vería aumentada en su intensidad, causando conductas que pueden poner en riesgo su vida y la de su entorno. La búsqueda de estímulos cada vez más intensos, producirían esta polarización en la corteza cerebral; los predominios de síntomas neuropsicológicos están relacionados con el sistema límbico, el cual, produciría cambios en el estado de ánimo y conductas provocando así cambios emocionales que se considerarían anormales para el sujeto.

Las regiones hipocámpicas predominan también en esta personalidad y su afección trae problemas sobre todo en las funciones de memoria reciente.

La sustancia reticular, es el sistema activador de la persona. Si existe un daño en esta zona se encuentra la abulia en el paciente lo que es poco común en este tipo de personalidad; la serotonina, catalogada como el neurotransmisor característico de esta personalidad, debido a la esclerosis este neurotransmisor estaría disminuyendo su estimulación, por tanto, estrechando su función, lo que, provocaría los problemas emocionales con su función, por lo cual, causa problemas emocionales que son dirigidos hacia la depresión. Las personalidades afectivas son dos: la histriónica y la ciclotímica. La histriónica se mantiene como constante la extraversión, ya que necesitan una estimulación externa permanente para de esta manera generar una reactivación reticular ascendente; las ciclotímicas, por otro lado, pueden presentar estas manifestaciones en el polo alto, pero también tienen momentos de intraversión donde el estímulo externo es bajo, por esta razón, el cambio que se puede producir debido a la evolución de la enfermedad no es evidente y se puede confundir con los rasgos propios de este tipo de personalidad (Ruiz V. , 2017).

El lóbulo parietal es el que predomina en este tipo de personalidad, ya que es este el encargado de la percepción de sensaciones corporales tanto internas como externas que son activadas por los órganos sensoriales. Los trastornos en esta zona, la percepción de

tiempo, espacio, movimiento y orientación no serían analizados de manera correcta e integral, por lo cual, las respuestas que deberían producirse en concordancia con el estímulo no son adecuadas tanto en el análisis de las aferencias, como en la respuesta ejecutiva global. En el caso de los ciclotímicos el funcionamiento parietal se evidencia al encontrarse con el ánimo positivo, la voluntad suficiente, la atención adecuada, de la misma manera que cuando se mantiene un ánimo negativo, disminuye la volición en la actuación (Ruiz V. , 2017).

2.12 Personalidad cognitiva:

Son personas que se caracterizan por el predominio de excitación cortical lo que daría paso a la introversión. En la EM este proceso de excitación se vería afectado, por lo cual, se tendría ciertos rasgos de extraversión. Este tipo de personalidad, considera un funcionamiento preponderante del lóbulo frontal (Balarezo L. , 2010), es por esto que, si existe una desmielinización en este lóbulo dependiendo de la parte del mismo puede haber una desorganización en las funciones ejecutivas; este lóbulo es el encargado de la planificación motora, por lo tanto, un daño en esta área podría tener sintomatología motora y afectiva que no corresponden con la emocionalidad que el sujeto realmente quisiera expresar, apraxias, entendiéndose estas como, la incapacidad de realizar secuencias motoras aprendidas con anterioridad al apareamiento de las lesiones, como por ejemplo: lavarse los dientes, manipular una herramienta, etc.; Así también, y tomando en cuenta al mismo lóbulo frontal, no sería raro encontrar conductas no muy apegadas a las normas sociales, sintomatología en torno a problemas de atención, capacidad de resolución de problemas, toma de decisiones, gnosis espaciales o visoconstructivas.

La actividad bioquímica hormonal cuyo control involucra el sistema límbico, provoca sintomatología del ámbito neuroendócrino en la EM. Trastornos en la conducta emocional, disminución de la capacidad de medir el peligro, por ejemplo, que repercuten en un descuido por su vida misma y la de su familia, relaciones de trabajo, relaciones sociales y de pareja.

En los trastornos de personalidad anancástico se encuentra predominio de niveles altos de glutamato y 5-HTP (Balarezo L. , Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, 2010), el funcionamiento de estas hormonas continuaría siempre y cuando el estímulo sináptico llegue a la glándula que las produce; si esto no ocurre no existiría

una respuesta ante el estímulo o esta sería lentificada; por otro lado, en las personalidades paranoides se produce actividad excesiva en el sistema dopaminérgico, los mismos que se dan por alteración en los subsistemas meso límbico y meso cortical (Ruiz V. , 2017).

2.13 Personalidad comportamental:

Desde (Ruiz V. , 2017) se menciona que en esta personalidad existe una excitación cortical baja (extraversión) lo que disminuirá aún más a causa de la esclerosis y se podría decir que su excitación cortical sería aún menor, carece de procesos inhibitorios frontales, lo que aumentaría debido a daños desmielinizantes en estas áreas, esta personalidad es más común en niños y adolescentes, por lo que, se da en adultos con una poca maduración cerebral, se sugiere que algunas de las anormalidades encontradas se dan por un fallo en las redes cerebrales. Las conductas agresivas en la personalidad disocial estarían relacionadas con los bajos niveles de serotonina, que podrían aumentar con la desmielinización, por lo cual, no existirían sentimientos, además de lesiones de las superficies orbitarias en los lóbulos frontales que son responsables de este deterioro en estándares éticos y morales; lo que empeoraría con daños en estos planos cerebrales.

Existe en las personalidades inestables una desregulación en el sistema límbico y algunos neurotransmisores en especial el sistema colinérgico y serotoninérgico, los cuales son responsables de la activación y la emocionalidad del sujeto con lesiones en estos sistemas la persona perdería la motivación para realizar actividades cotidianas y tendría problemas de aprendizaje.

2.14 Personalidad Relacional:

Inhibiciones mayores en las regiones frontales, lo que hace que el sujeto pueda diferenciar las cosas que le convienen de las que no, daños en este sistema provocarían que el sujeto pierda esta capacidad lo que haría cambios en su forma de comportarse y tomar decisiones; déficits neurológicos de los sistemas límbico y reticular, por lo que, la persona carece de emocionalidad y es apática, daños en este sistema provocarían que estos rasgos sean más intensos o, por otro lado, que se vuelvan más emocionales con situaciones que antes no generaban esta emoción; dominancia del sistema parasimpático, lo que hace que la persona sea tranquila y no tenga altos niveles de agresividad, con daños en esta área la persona se tornaría agresiva e impulsiva; existen

desequilibrios del sistema adrenérgico-colinérgico y descontrol sináptico neurohumoral, el daño en estas neuronas y conexiones con las hormonas provocarían daños físicos como cambios bruscos de peso, alteración en los procesos menstruales en la mujer.

En las personalidades evitativas se presenta sensibilidad en los receptores serotoninérgicos, las personalidades dependientes presentan hipersensibilidad en estos mismos receptores, lo que genera una mayor emocionalidad, con alteraciones desmielinizantes en este sistema se puede producir mayor emoción, por lo tanto, mayor dependencia en este tipo de personalidad, mientras que en las personalidades esquizoides existe un déficit de actividad dopaminérgica frontal, que se traduciría a lenificación de respuesta a estímulos de toda clase.

Se debe tener en cuenta que el cerebro es un sistema que funciona gracias a cada uno de sus subsistemas y conexiones, lo cual influye en toda su actividad, la falla en alguno de estos subsistemas o conexiones puede provocar diferentes tipos de reacciones que tienen relación, por lo cual, no se puede especificar una reacción a cada daño generado, teniendo diferentes tipos de reacciones ya sean físicas o comportamentales, es importante entender que cada pérdida o lesión que se puede ocasionar en nuestro cerebro tendrá una reacción conductual lo cual no quiere decir que el cambio de personalidad o conducta sea debido a este daño específicamente orgánico en un área específica del cerebro (Ruiz V. , 2017).

CAPÍTULO III

Marco metodológico

Tipo de investigación

Es una investigación cuantitativa en la cual, mediante el uso estadístico de los resultados obtenidos en los tests, se identificó que dichos resultados guardan relación con el programa de psicoeducación aplicado.

Esta investigación es tecnológica, se plantea una posible solución a la necesidad encontrada en la fundación, a partir de una investigación teórica.

El tipo de investigación que se adscribirse en este proyecto es aplicativo, ya que se va a poner en práctica el proyecto esperando tener un resultado específico, que es mejorar la calidad de vida del paciente y reducir sus niveles de ansiedad y depresión, es experimental posterior puesto que ya existió un primer acercamiento con estos pacientes en Quito (Ruiz V. , 2017).

Diseño de investigación

Se trata de un diseño de investigación posterior ya que se realizó una aplicación primaria del programa de psicoeducación en pacientes con EM de personalidad afectiva, en búsqueda de analizar el impacto del programa de psicoeducación en los pacientes con esclerosis múltiple de personalidad cognitiva, relacional y comportamental; es prospectivo ya que se analizarán a los pacientes a través de actividades como la entrevista y los test que serán aplicados para considerar a la población dentro del estudio.

Es una investigación longitudinal ya que consta de 7 acercamientos con los pacientes en los cuales se puede ver la función que cumple el programa de psicoeducación en los beneficiarios que seguirán el proceso.

Población y muestra:

Con el apoyo de FUNDEM (Fundación Ecuatoriana de Esclerosis Múltiple) donde han atendido a más de 100 pacientes de los cuales, se tomó en cuenta a 40 pacientes con esclerosis múltiple, quienes han asistido, por lo menos, una vez a FUNDEM y, sus médicos consideran que pueden formar parte del estudio, a los cuales se les realizó una llamada telefónica para explicarles sobre el proyecto y realizar un primer acercamiento.

En este estudio se aplicó la Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPS), la entrevista semi-estructurada, test de personalidad SEAPSI, test de deterioro cognitivo Neuropsi y la Escala hospitalaria de ansiedad y depresión (HADS). De los 40 pacientes 15 aceptaron participar en el proyecto, 12 no se interesaron y 13 no pudieron ser localizados adicional a esto se agregó a participantes del estudio previo sobre personalidad afectiva con los cuales no se trabajó en el primer acercamiento haciendo así que nuestra muestra sea de 20 participantes.

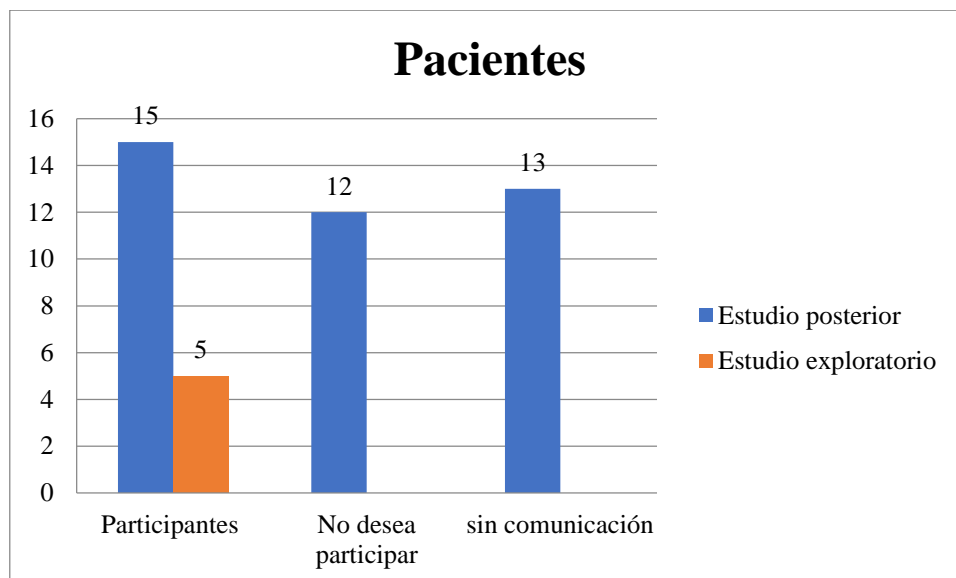


Ilustración 1. Pacientes

Técnicas y herramientas utilizadas:

Para el proyecto presente se utilizará:

- **Observación directa:** Se recolectaron todos los datos de manera sistemática, como nombres, edad, número de teléfono.
- **Entrevista psicológica:** Se realizó una entrevista psicológica para poder identificar los recursos y las necesidades que tiene el paciente, de esta manera se puede saber si es apto para participar del programa de psicoeducación, En este punto es recomendable aplicar la entrevista semi-estructurada (Anexo 1) y la Ficha integrativa de evaluación psicológica (FIEPS) (Anexo 2)
- **Cuestionario de personalidad:** Se aplicó un cuestionario que ayudó a definir los tipos de personalidad que tiene cada paciente, de esta manera se ubicó técnicas de mayor impacto en el paciente que puedan generar un cambio, se recomienda el cuestionario de personalidad SEAPSI (Anexo 3), es una prueba que no se demora mucho tiempo y nos arroja resultados certeros sobre los tipos de personalidad.
- **Test de deterioro cognitivo:** Es importante conocer el nivel de deterioro cognitivo para constatar la capacidad de cada paciente para retener información

y definir las acciones que se pueden tomar para mejorar estas áreas. Si el deterioro es grave, seguramente, el paciente no podrá aprovechar el programa de psicoeducación.

Es posible usar diferentes baterías psicológicas para medir el deterioro cognitivo, entre ellos el test NEUROPSI (Anexo 4) que tiene la ventaja de ser, una prueba sencilla con lenguaje claro y que se demora de 30 a 40 minutos en ser aplicada.

- **Niveles de ansiedad y depresión:** Es importante aplicar una prueba que pueda medir los niveles de ansiedad y depresión, primero para conocer el estado anímico del paciente y luego, para obtener resultados una vez aplicado el programa. Por ello se realiza un re-test con el fin de verificar si los niveles de ansiedad y depresión han bajado, han subido o se mantienen. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión –HADS, (Anexo 5) es una prueba rápida y fácil de aplicar en los pacientes.
- **Entrevista Clínica psicológica:** Se obtuvieron datos completos, con la finalidad de crear un buen report y evaluar la conducta del participante, aplicando la escucha activa y empática.
- **Ficha integrativa de evaluación psicológica:** Con esta ficha se registra de manera sistemática la anamnesis tanto personal como familiar con el fin de poder determinar los rasgos de personalidad de los pacientes e identificar los temas en los que se debe trabajar en el programa de psicoeducación.

Instrumentos:

- **Ficha Integrativa de Evaluación Psicológica (FIEPs):** Es un instrumento que sirve para la valoración psicológica en aspectos como: historia personal, familiar, patologías, aspectos laborales, sociales y una evaluación psicométrica de las pruebas aplicadas con el fin de proporcionar criterios diagnósticos y pronósticos.
- **Cuestionario de Personalidad SEAPSI:** Sirve para determinar los rasgos de personalidad y el tipo de personalidad que tiene la persona a la que se le aplica.

Este cuestionario consta de 10 tipos de personalidades agrupadas en 4 categorías: tipo Afectiva, tipo Comportamental, tipo Cognitivo y tipo con déficit relacional. Esta prueba consta de 100 ítems.

El paciente debe elegir la opción con la cual se identifique, el lenguaje es claro y sencillo el evaluado debe elegir las características que más se identifiquen a su forma de ser, esta prueba puede ser aplicada a cualquier género a partir de los 15 años, grupal o individualmente.

Para la calificación de esta prueba se cuantifican las características marcadas y el de mayor puntaje será el tipo de personalidad del evaluado.

- **Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS):** Este instrumento es utilizado en los hospitales para poder identificar el grado de ansiedad y depresión que puede tener el paciente.

Consta de 14 reactivos, y dos subescalas de 7 reactivos cada una, las cuales miden ansiedad y depresión, es una prueba de auto aplicación, el tiempo total de la prueba es de aproximadamente 10 minutos, tiene un lenguaje claro y sencillo lo cual hace que la prueba fácil de entender y aplicar.

Su calificación viene de los puntajes que se encuentran en la parte izquierda de las opciones dependiendo de ese resultado se encuentran niveles de ansiedad ausente, medio o alto y de igual forma en los niveles de depresión, el puntaje que se puede obtener va de cero a 21, donde de 0 a 7 existe ausencia de ansiedad o depresión, de 8 a 10 es un nivel medio y de 11 a 21 es un nivel alto que se debe considerar (Ruiz V. , 2017).

- **NEUROPSI:** Es una batería utilizada para evaluar diferentes funciones cerebrales, de esta manera se puede medir el nivel de deterioro existente en los pacientes con enfermedades neurodegenerativas como lo es la esclerosis múltiple. Además, nos da una idea de cuáles son las áreas en las que se debe trabajar, es una prueba sencilla en la cual el evaluador da instrucciones que el

evaluado debe seguir, se demora de 30 a 40 minutos y mide el deterioro cognitivo dependiendo del nivel de escolaridad y la edad de la persona.

El NEUROPSI evalúa nueve áreas entre las cuales está la orientación, atención/concentración, lenguaje, memoria, funciones ejecutivas, procesamiento visoespacial, lectura, escritura y cálculo. Proporciona datos cuantitativos y cualitativos y se obtienen resultados como un deterioro cognitivo: normal, leve y trastornos moderados y severos (Ruiz V. , 2017).

Análisis y sistematización de datos:

Se trabajó con 20 pacientes que asisten o han asistido alguna vez a la Fundación de esclerosis múltiple de Quito (FUNDEM), todos aceptan la enfermedad y tienen un diagnóstico de esclerosis múltiple hace algún tiempo, estos pacientes han aceptado participar en el programa de psicoeducación.

Tabla 6. Género

Género	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	14	70%
Masculino	6	30%
Total	20	100%

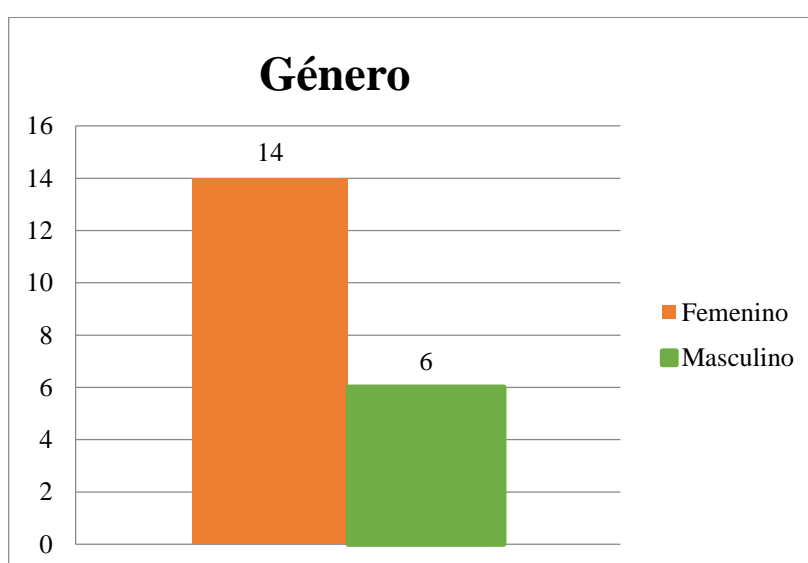


Ilustración 2. Género

De los 20 pacientes participantes más de la mitad son mujeres (70%). arrojando como resultado que la enfermedad afecta más al género femenino que al masculino siendo este de un (30%).

Tabla 7. Estado Civil

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	5	25%
Casado	11	55%
Divorciado	4	20%
Viudo	0	0%
Total	20	100%

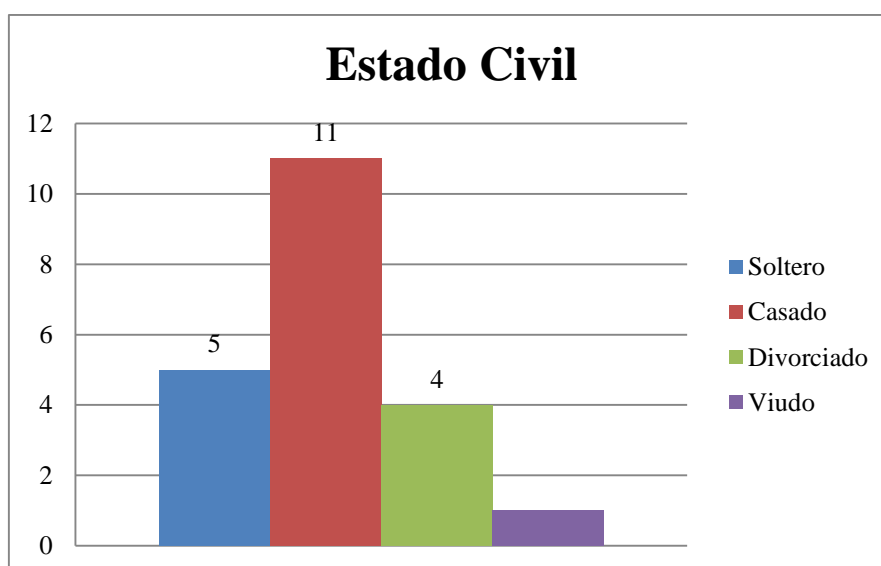
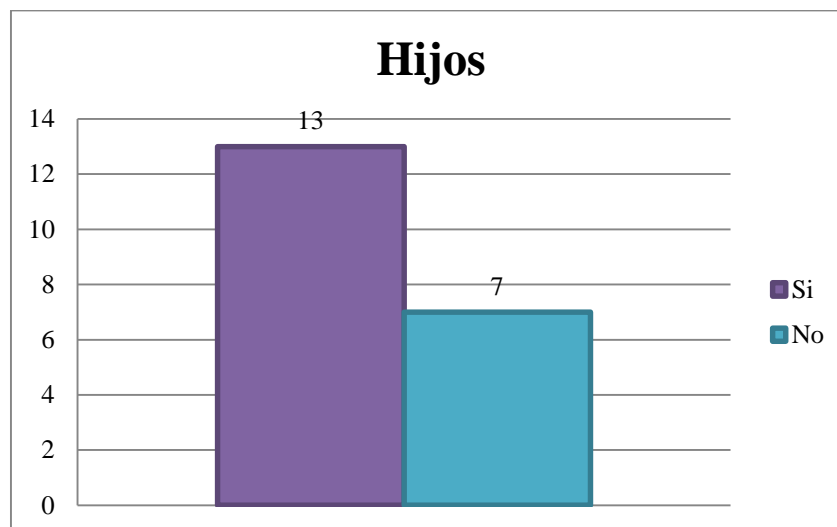


Ilustración 3. Estado Civil

De los 20 participantes, los resultados arrojan que la mayoría son casados siendo un (55%) del total y con un (25%) se encuentran las personas solteras, un (20%) son personas divorciadas y como dato peculiar, la mayoría de estos divorcios se dieron después de ser diagnosticada la enfermedad y un (0%) es viudo.

Tabla 8. Hijos

Hijos	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	65%
No	7	35%
Total	20	100%

**Ilustración 4. Hijos**

El (65%) de los pacientes tienen hijos/os, situación que ha generado estrés y miedo, ya que a muchos de estos se les dificulta cumplir al (100 %) con las funciones de padres. Adicional a esto, existe el temor de que sus hijos también puedan padecer de la misma enfermedad.

Tabla 9. Personalidad

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Comportamental	9	45%
Cognitiva	11	55%
Relacional	0	0%
Total	20	100%

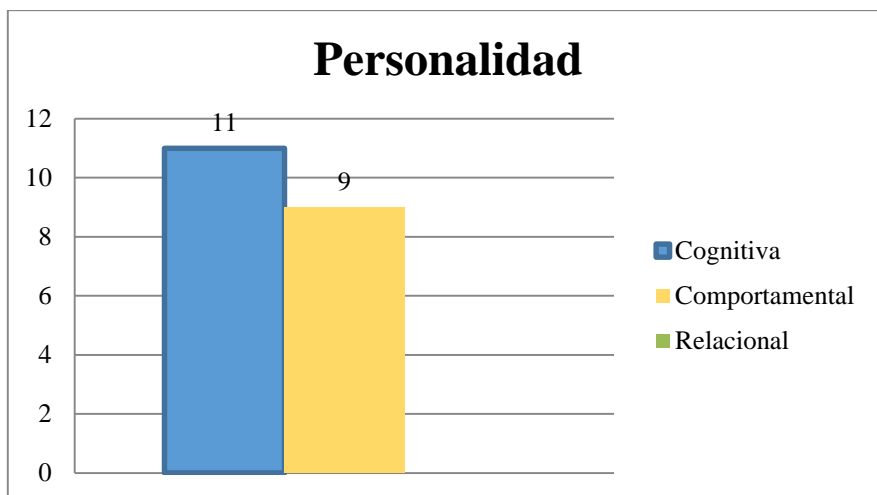


Ilustración 5. Personalidad

De los 20 pacientes el (55%) tienen una personalidad cognitiva, el (45%) mantienen una personalidad comportamental y dentro del grupo no hay pacientes con personalidad relacional. Esto se debe a que en este estilo de personalidad no se suele buscar ayuda directa a fundaciones o lugares donde deban tener interacciones sociales ya que se les dificulta relacionarse.

Tabla 10. Deterioro cognitivo

Tipo	Frecuencia	Porcentaje
Normal	9	45%
Leve	6	20%
Moderado	4	30%
Severo	1	5%
Total	18	100%

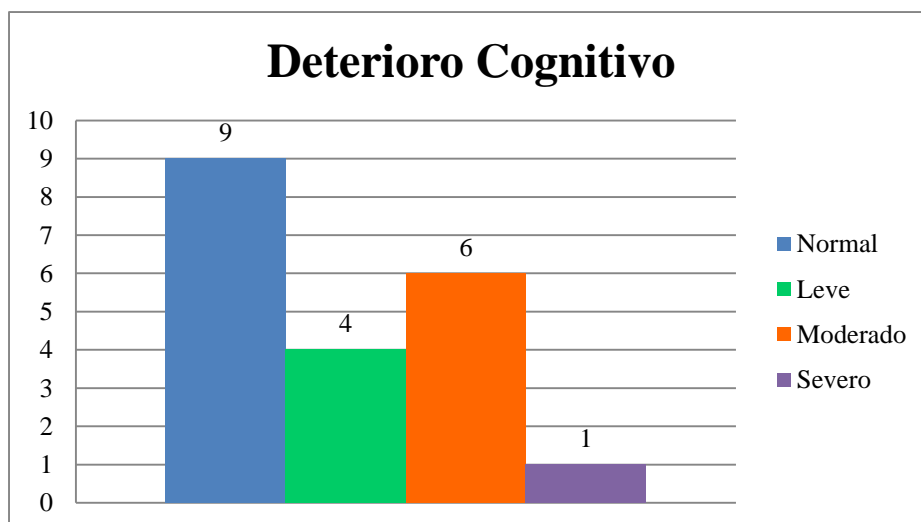


Ilustración 6. Deterioro cognitivo

En cuanto al deterioro cognitivo se puede encontrar del total a un (45%) con un deterioro normal, es decir, se encuentra dentro del puntaje correspondiente a su edad, un (20%) tiene un deterioro leve en donde ya podemos evidenciar la existencia de alertas en cierta áreas de funcionamiento, pero se puede trabajar de manera óptima, un (30%) corresponde a deterioro moderado donde se debe trabajar en ciertas capacidades cognitivas que se han ido perdiendo por la enfermedad entre ellas, la más común es la memoria, por lo cual es importante promover la gimnasia cerebral ya que la misma tiene suma importancia dentro del programa de psicoeducación. Como último resultado, con un (5%) están los pacientes con un deterioro severo, con este grupo se nos complica trabajar debido a que se les hace muy difícil entender y retener lo aprendido.

Tabla 11. Ansiedad

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	4	20%
Medio	9	45%
Alto	7	35%
Total	20	100%

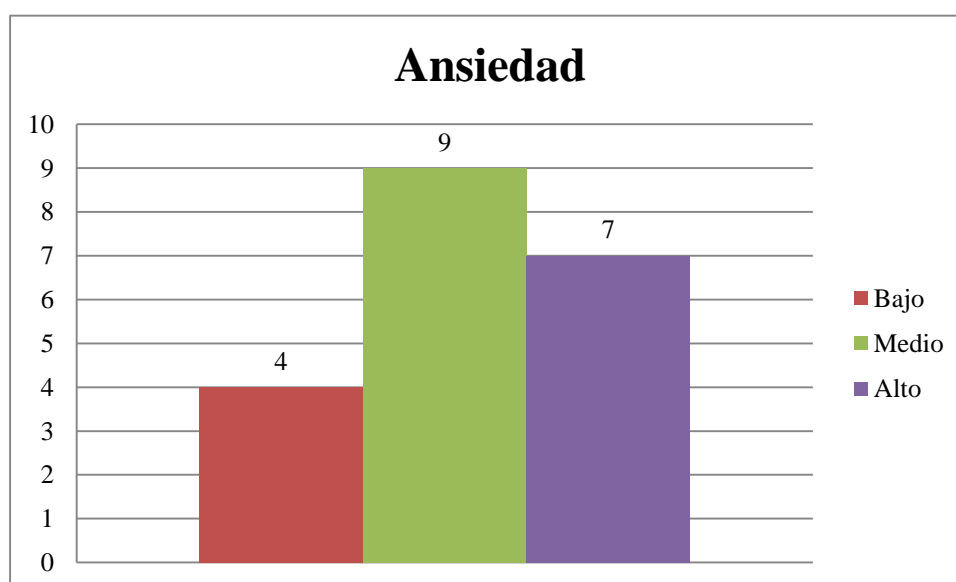
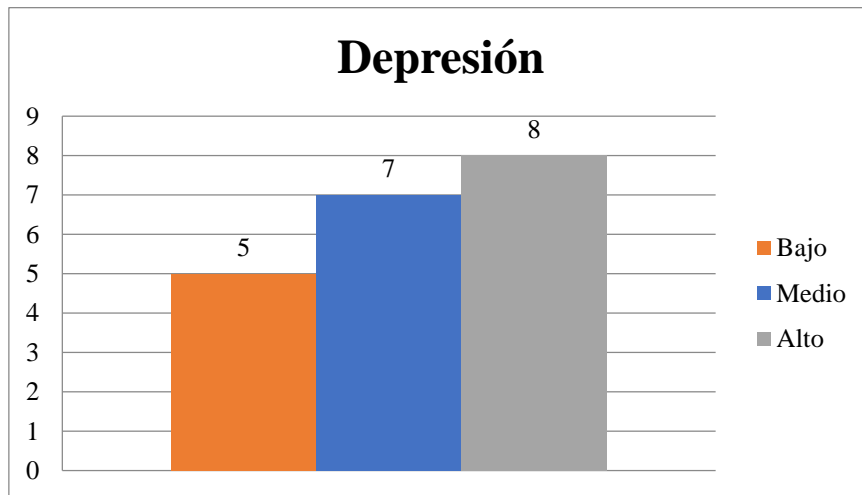


Ilustración 7. Ansiedad

Se presenta un (80%) de los pacientes con niveles altos y medios de ansiedad en la escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS), lo que señala la importancia de trabajar sobre este tema dentro de esta población.

Tabla 12.



Depresión

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	5	25%
Medio	7	35%
Alto	8	40%
Total	20	100%

Ilustración 8. Depresión

Se evidencia niveles de depresión altos y medios que oscilan en un (75%) en este grupo de pacientes. Un nivel bajo de un (25%) nos muestra que el trabajo ha efectuar será en función de controlar los niveles bajos y de disminuir los niveles altos y medios dentro de los participantes.

Tabla 13. Asistentes

	Antes									Después	
Paciente	Ansiedad	Depresión	Número de sesiones							Ansiedad	Depresión
			1	2	3	4	5	Total			
1	12	4	x			x	x	3	8	3	
2	15	9	x	x		x		3	11	7	
3	8	10			x	x	x	3	8	8	
4	13	10	x	x	x	x	x	5	7	7	
5	7	5		x	x		x	3	7	5	
6	4	7	x	x	x	x		4	8	4	
7	4	13	x	x			x	3	7	9	
8	10	12	x	x	x	x	x	5	7	8	
9	10	7	x			x		2	8	10	
10	8	7		x	x		x	3	8	7	
11	9	18	x	x	x	x	x	5	8	10	
12	19	10		x	x			2	11	8	
13	18	8	x			x	x	3	11	8	
14	9	11		x	x	x		3	8	10	
15	5	8			x		x	2	7	5	
16	12	11	x	x	x	x	x	5	7	7	
17	18	8		x		x		2	14	8	
18	8	15	x	x	x		x	4	6	10	
19	10	12	x		x	x		3	9	11	
20	9	8		x		x	x	3	9	8	

Tabla 14 . Aplicación general

	Antes	Después	Descenso
Ansiedad	10,4	9,65	0,75
Depresión	8,3	7,65	0,65

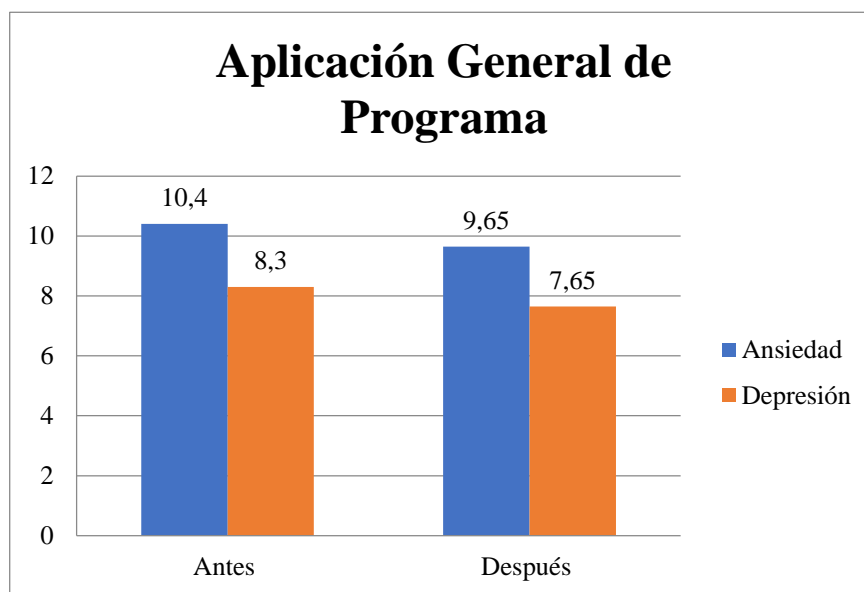


Ilustración 9. Aplicación General

Dentro de la aplicación General del programa de psicoeducación focalizado en la personalidad se percibe que en promedio, la ansiedad antes de la aplicación se encuentra en (10,4) el descenso de la misma es de un (0,75); en cuanto a la depresión que en inicio estaba en promedio de (9,65) tuvo un descenso del (0,65), lo que nos permite decir que el programa de psicoeducación tiene un impacto positivo en la disminución tanto de ansiedad como de depresión.

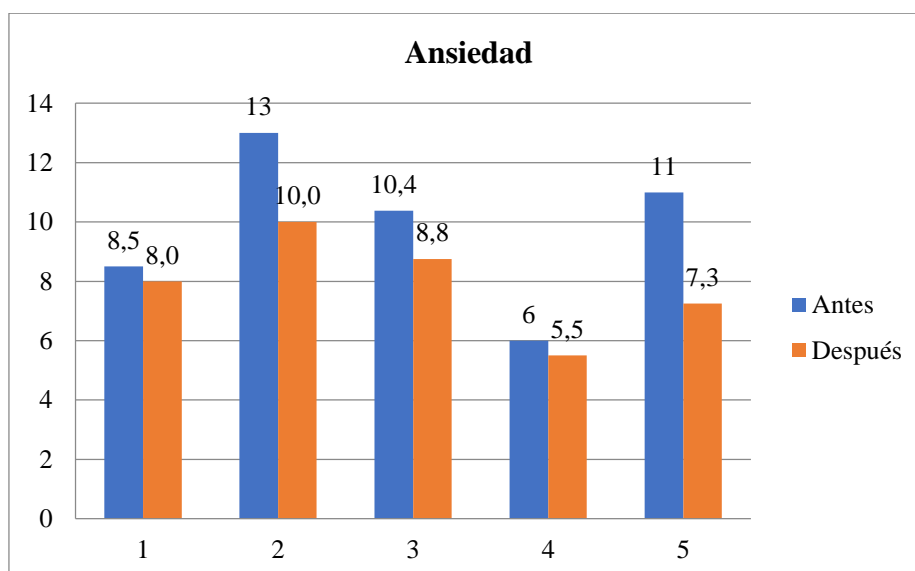


Ilustración 10. Ansiedad.

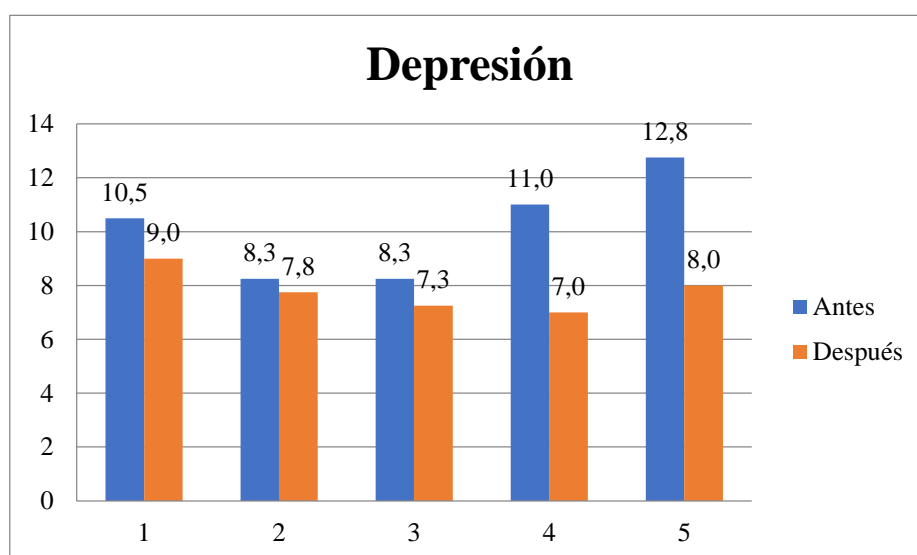


Ilustración 11. Depresión

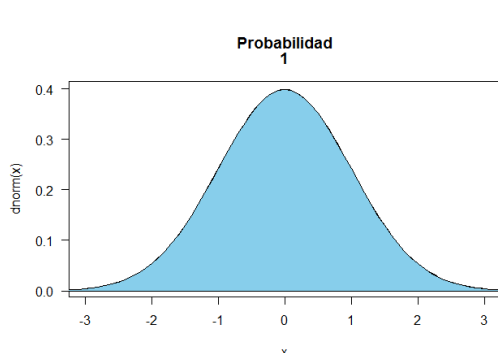
Los dos gráficos mostrados con antelación muestran el número de sesiones a las que asistieron los participantes, lo mismo que nos permite ver, que un (20%) asistieron al programa completo, un (10%) asistieron a 4 sesiones, un (40%) es decir la mayoría asistió a 3, un (20%) asistió a 2 talleres y el (10%) asistió solamente a un taller. Cabe mencionar que como se conoce la enfermedad tiene como característica principal la fatiga excesiva, recaídas impredecibles y en etapas más avanzadas suele verse discapacidad que genera dificultad en la movilidad. Estas fueron algunas de las excusas presentadas sobre la inasistencia al programa, es preciso mencionar que existe mayor

impacto del programa en relación a la asistencia constante en donde se consiguió un alto margen de descenso como se muestra continuación:

Los pacientes que asistieron al programa de 4 a 5 sesiones que se considera asistencia alta disminuyeron sus niveles de ansiedad; presentando una media de (9.33) antes del programa y (6.67) después es decir disminuyó en un (28.6%) por otro lado en depresión se presentó una media de (12.17) antes y (7.67) después disminuyendo los niveles un (37%), los que asistieron a 3 sesiones, que se considera asistencia media disminuyen sus niveles de ansiedad y depresión de 10.3 a (8.7) que representa un (15,7%) y de (8.2) a (7.2) un (12,1%) respectivamente, mientras los que asistieron a una y dos sesiones que se considera asistencia baja disminuyeron ansiedad de (11.50) a (9.33) un (18,8%) y depresión de 9 a 8.17 un (9,26%).

Comprobación de hipótesis

H1: Los niveles de ansiedad deberían disminuir una vez aplicado el programa:

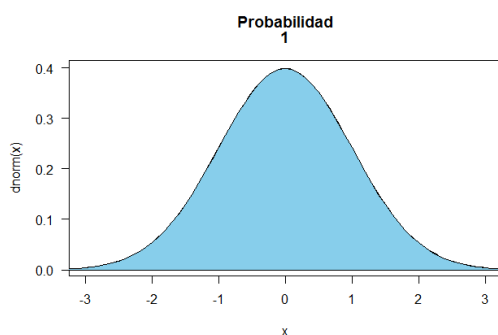


$$H_0 : \mu_a = \mu_d$$

$$H_1 : \mu_a > \mu_d$$

L.S =	1,15625448
-------	------------

Se acepta H1 y se rechaza H0 lo que quiere decir que una vez aplicado el programa de psicoeducación disminuyen los niveles de ansiedad.



$$H_0 : \mu_a = \mu_d$$

$$H_1 : \mu_a > \mu_d$$

L.S =	0,92761834
-------	------------

Se acepta H1 y se rechaza H0 lo que quiere decir que una vez aplicado el programa de psicoeducación disminuyen los niveles de depresión.

Matriz del marco lógico

Jerarquía de objetivos	Metas	Indicadores	Fuentes de verificación	Supuestos	Presupuesto
Fin: Aplicar el programa de psicoeducación focalizado en la personalidad para pacientes de personalidad cognitiva, relacional y comportamental con esclerosis múltiple.					Fotocopias Material de oficina. \$50.00
Propósito: Disminuir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con esclerosis múltiple.	Ejecutar el programa de psicoeducación focalizado en la personalidad cognitiva, relacional y comportamental.	#sesiones asistidas. Tipo de personalidad. Diagnóstico de esclerosis múltiple.	Entrevista psicológica. Registro de pacientes que asistieron al programa. Registro de evaluación del terapeuta.	Los pacientes mejoran sus relaciones interpersonales y trabajan en su salud mental, debido a la psicoeducación.	Fotocopias Material de oficina \$50.00
Resultado: Mejorar la calidad de vida de los pacientes de esclerosis múltiple.	Generar cambios comportamentales en la vida de los pacientes.	% Pacientes que han reducido sus niveles de ansiedad y depresión % Pacientes que asisten con regularidad a FUNDEM	Registro de asistencia, citas médicas, control de la enfermedad. Registro de evaluación del terapeuta.	Mientras los pacientes asisten al programa de psicoeducación, asisten a la Fundación con más frecuencia y comienzan a llevar un control médico adecuado de la enfermedad.	
Acciones: Implementación de un programa de	Evaluar el nivel de deterioro cognitivo, niveles de depresión y	Niveles de ansiedad y depresión de acuerdo al	HADS, niveles de ansiedad y depresión.	Los pacientes mejoran la calidad de vida, los resultados	Fotocopias. Material multimedia.

psicoeducación que consta de 5 sesiones al menos dos veces al año.	ansiedad y tipo de personalidad de los pacientes con esclerosis múltiple. Aplicar el programa de psicoeducación. Medir los niveles de ansiedad y depresión posterior a la aplicación del programa	HADS. Número de asistentes al programa.	Registro de asistencia al programa.	del HADS disminuyen y de esta manera hay niveles de ansiedad y depresión más bajos.	
--	---	--	-------------------------------------	---	--

CAPÍTULO IV

Propuesta de psicoeducación:

➤ Personalidades cognitivas:

Tema	Objetivos	Actividad	Recursos	Tiempo
Introducción.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar y presentar el programa de psicoeducación y sus integrantes. • Abrir un espacio de escucha que permita conocer la vida del paciente y su convivencia con la enfermedad. 	<p>Actividad rompehielo (3 verdades 1 mentira).</p> <p>Presentación del programa.</p> <p>Escribe tu historia.</p> <p>Actividad cierre.</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Esferos.</p> <p>Hojas de papel.</p>	De 45 a 90 minutos

Sentimientos y emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar emociones y sentimientos tanto positivos como negativos y sus funciones. • Identificar las emociones positivas así como negativas que se presentan en el transcurso de la enfermedad con el fin de normalizarlas y facilitar la expresión de las mismas. 	<p>Actividad de apertura.</p> <p>Presentación de sentimientos y emociones.</p> <p>Crea la emoción más negativa.</p> <p>Retroalimentación.</p> <p>Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Plastilina.</p> <p>Esferos.</p> <p>Hojas de papel.</p>	De 45 a 90 minutos
Vida con la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer actividades posibles de ser realizadas por el paciente a pesar de la esclerosis múltiple, en busca de potenciar el sentido de la vida. • Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>FODA de la personalidad.</p> <p>Retroalimentación y presentación de actividades aprendidas.</p> <p>Actividad de cierre.</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector</p>	De 45 a 90 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar una red de apoyo. 	(Conclusiones pragmáticas)		
Actividades preventivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer herramientas que permitan la prevención y manejo los síntomas. • Promover conductas adaptativas. 	Actividad apertura. Explicación de las actividades preventivas. Tormeta ideas. Actividad cierre de compromiso. (Conclusiones pragmáticas)	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Pliegos de papel bond. Marcadores.	De 45 a 90 minutos
Roles, comunicación y familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Generar una comunicación efectiva. • Reconocer la posibilidad de un cambio de estructura familiar. • Facilitar la expresión de emociones y sentimientos con el entorno. • Fortalecer los vinculos con la red de apoyo. 	Actividad apertura. Explicación de roles y comunicación asertiva. Genograma didactico de la red de apoyo y roles antes y después. Cambio de frases. Actividad cierre.	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Pliegos de papel bond Marcadores	De 45 a 90 minutos

		(Conclusiones pragmáticas)		
¿Qué hacer en una crisis?	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar herramientas de apoyo para responder en una crisis. • Reconocer técnicas alternativas que pueden ser utilizadas para enfrentar momentos complicados. • Motivar el uso adecuado de los fármacos. 	Actividad apertura. Caso clínico. Compartir. Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)	Personal. Hojas impresas. Esferos.	De 45 a 90 minutos
Proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurar metas a corto y a largo plazo. • Fortalecer y promover el uso de los conocimientos aprendidos en el programa, para el futuro. 	Actividad apertura. Album de vida presente y expectativas a futuro. Actividad Cierre.	Personal. Cartulinas, Marcadores, Cintas, Tijeras, Fomix, Goma.	De 45 a 90 minutos

Personalidad comportamental :

Tema	Objetivos	Actividad	Recursos	Tiempo
Introducción.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar y presentar el programa de psicoeducación y sus integrantes. • Abrir un espacio de escucha que permita conocer la vida del paciente y su convivencia con la enfermedad. 	<p>Actividad rompehielo (Autoretrato gráfico).</p> <p>Presentación del programa.</p> <p>Escribe tu historia.</p> <p>Actividad cierre.</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Esferos.</p> <p>Hojas de papel.</p>	De 45 a 90 minutos

Sentimientos y emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar emociones y sentimientos tanto positivos como negativos y sus funciones. • Identificar las emociones positivas así como negativas que se presentan en el transcurso de la enfermedad con el fin de normalizarlas y facilitar la expresión de las mismas. 	<p>Actividad de apertura.</p> <p>Presentación de sentimientos y emociones.</p> <p>Respondiendo a la emoción.</p> <p>Retroalimentación.</p> <p>Actividad de cierre.</p> <p>(Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Pliegos de papel bond .</p> <p>Esferos.</p> <p>Hojas de papel.</p>	De 45 a 90 minutos
Vida con la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer actividades posibles de ser realizadas por el paciente a pesar de la esclerosis múltiple, en busca de potenciar el sentido de la vida. • Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>FODA de la personalidad.</p> <p>Retroalimentación y presentación de actividades aprendidas.</p> <p>Actividad de cierre.</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector</p>	De 45 a 90 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar una red de apoyo. 	(Conclusiones pragmáticas)		
Actividades preventivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer herramientas que permitan la prevención y manejo los síntomas. • Promover conductas adaptativas. 	Actividad apertura. Explicación de las actividades preventivas. Prototipo de paciente . Actividad cierre de compromiso. (Conclusiones pragmáticas)	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Pliegos de papel bond. Marcadores.	De 45 a 90 minutos
Roles, comunicación y familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Generar una comunicación efectiva. • Reconocer la posibilidad de un cambio de estructura familiar. • Facilitar la expresión de emociones y sentimientos con el entorno. • Fortalecer los vinculos con la red de apoyo. 	Actividad apertura. Explicación de roles y comunicación asertiva. Genograma didactico de la red de apoyo y roles antes y después. La zona del si y del no. Actividad cierre.	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Pliegos de papel bond Marcadores	De 45 a 90 minutos

		(Conclusiones pragmáticas)		
¿Qué hacer en una crisis?	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar herramientas de apoyo para responder en una crisis. • Reconocer técnicas alternativas que pueden ser utilizadas para enfrentar momentos complicados. • Motivar el uso adecuado de los fármacos. 	Actividad apertura. Caso clínico. Mi ruta para una crisis. Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)	Personal. Hojas impresas. Esferos.	De 45 a 90 minutos
Proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurar metas a corto y a largo plazo. • Fortalecer y promover el uso de los conocimientos aprendidos en el programa, para el futuro. 	Actividad apertura. Album de vida presente y expectativas a futuro. Actividad Cierre.	Personal. Cartulinas, Marcadores, Cintas, Tijeras, Fomix, Goma.	De 45 a 90 minutos

➤ **Personalidades Relacional:**

Tema	Objetivos	Actividad	Recursos	Tiempo
Introducción.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar y presentar el programa de psicoeducación y sus integrantes. • Abrir un espacio de escucha que permita conocer la vida del paciente y su convivencia con la enfermedad. 	Actividad rompehielo (Emparejar las tarjetas). Presentación del programa. Cuentanos tu historia (Grupos de dos). Compartir. Actividad de cierre.	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Tarjetas.	De 45 a 90 minutos
Sentimientos y emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar emociones y sentimientos tanto positivos como negativos y sus funciones. • Identificar las emociones positivas así como negativas que se presentan en el transcurso de la enfermedad con el fin de 	Actividad de apertura. Presentación de sentimientos y emociones. Bingo de emociones. Retroalimentación. Actividad de cierre.	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Tablas de bingo. Emoticones.	De 45 a 90 minutos

	normalizarlas y facilitar la expresión de las mismas.	(Conclusiones pragmáticas)		
Vida con la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer actividades posibles de ser realizadas por el paciente a pesar de la esclerosis múltiple, en busca de potenciar el sentido de la vida. • Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. • Determinar una red de apoyo. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>FODA de la personalidad.</p> <p>Retroalimentación y presentación de actividades aprendidas.</p> <p>Actividad de cierre.</p> <p>(Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Hojas impresas.</p>	De 45 a 90 minutos
Actividades preventivas.	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer herramientas que permitan la prevención y manejo los síntomas. • Promover conductas adaptativas. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Explicación de las actividades preventivas.</p> <p>Castillo imaginación.</p> <p>Actividad de cierre.</p> <p>(Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Música.</p>	De 45 a 90 minutos

		compromiso.		
Roles, comunicación y familia.	<ul style="list-style-type: none"> • Generar una comunicación efectiva. • Reconocer la posibilidad de un cambio de estructura familiar. • Facilitar la expresión de emociones y sentimientos con el entorno. • Fortalecer los vínculos con la red de apoyo. 	Actividad apertura. Explicación de roles y comunicación asertiva. Genograma didactico de la red de apoyo y roles antes y después. Telefono dañado. Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Pliego de papel bond. Marcadores.	De 45 a 90 minutos
¿Qué hacer en una crisis?	<ul style="list-style-type: none"> • Brindar herramientas de apoyo para responder en una crisis. • Reconocer técnicas alternativas que pueden ser utilizadas para enfrentar momentos complicados. • Motivar el uso adecuado de los 	Actividad apertura. Torre de sorbetes. Compartir. Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)	Personal. Sorbetes. Esferos.	De 45 a 90 minutos

	fármacos.			
Proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurar metas a corto y a largo plazo. • Fortalecer y promover el uso de los conocimientos aprendidos en el programa, para el futuro. 	Actividad apertura. Album de vida presente y expectativas a futuro. Actividad Cierre. (Conclusiones pragmáticas)	Personal, Cartulinas, Marcadores, Cintas, tijeras, Fomix, Goma.	De 45 a 90 minutos

Dimensiones de la psicoeducación:

La psicoeducación tiene como propósito disminuir los niveles de ansiedad que el paciente puede presentar producto del desconocimiento de la enfermedad que padece. Mantiene relación con la educación en salud, por tanto, el objetivo de la psicoeducación es educar a los pacientes para apoyar en la comprensión y la ayuda para el manejo de la enfermedad que sufren, de una manera didáctica que logre potenciar o fortalecer la capacidad adaptativa de las personas frente a un cambio en su salud. Se trata de reforzar los recursos, habilidades y fortalezas que tiene cada paciente para afrontar los cambios que está sufriendo.

La psicoeducación permite moderar la ansiedad que es generada por la desinformación y desconocimiento de la enfermedad, lo cual nos ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y de este modo aumentar la calidad de vida, (Arriciaga, 2013) menciona que “La teoría es: “cuanto mejor conozca el paciente de su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición”.

Es importante que el psicoeducador tenga un conocimiento amplio sobre la enfermedad, así como también tenga la capacidad de fortalecer los recursos de cada paciente para de esta manera mejorar su calidad de vida, para que el programa de psicoeducación tenga el impacto esperado y logre cambiar estilos de vida en los pacientes.

Dimensión biológica: En cuanto a la dimensión biológica se refiere a toda la información que se puede utilizar para explicar la enfermedad a nivel biológico, es decir, cómo afecta su enfermedad al cerebro y por qué se producen los síntomas que les pueden causar más molestia, en este nivel también se obtiene información a utilizar para que este proceso no sea tan degenerativo, las herramientas para mejorar la plasticidad cerebral, los medicamentos que van a mejorar la calidad de vida de los pacientes y el tratamiento a nivel biológico que pueden seguir para que la enfermedad no avance de una manera muy progresiva. En este nivel es de suma importancia que a los pacientes les quede claro que esto no es algo que ellos puedan controlar del todo, pero sí mejorarlo o mantenerlo de cierta forma.

“La presencia del equipo de profesionales es necesario, la interdisciplinariedad cumple un rol destacado en esta intervención ya que cada profesional debe transmitir la información que corresponda de acuerdo a su especialidad” (Velasquí, 2017).

Dimensión social: Para hablar de psicoeducación es muy importante la dimensión social, tomar conciencia de la cultura en la que se encuentra cada sujeto, es importante tener en cuenta los mitos acerca de la enfermedad que se tienen dentro de la sociedad para de esta manera poder romperlos y presentar información que aclare las dudas que pueden tener los pacientes sobre los mitos y las creencias de la enfermedad.

Además, se debe tomar en cuenta la influencia social en los comportamientos de los pacientes, el programa de psicoeducación es grupal, por lo tanto, cada uno de los participantes tienen comportamientos y pensamientos diferentes y estos influyen en el grupo, así como también todas las personas que tienen una relación con los pacientes, “Esta influencia puede ser dirigida a un fin o simplemente debida a la presión de grupo, derivándose de lo que el propio sujeto considere que se le pide o de lo que directamente le sea comunicado” (Castillero, 2012).

Dimensión psicológica: La dimensión psicológica es importante para fortalecer los recursos que tienen los pacientes y que logren llevar la enfermedad de la manera más saludable posible para su mente, tomar en cuenta los cambios psicológicos que implican padecer una enfermedad neurodegenerativa es de suma importancia para poder trabajar con esos fenómenos como lo son la culpa, los duelos anticipados y los duelos por pérdida de autonomía y funciones físicas.

La psicoeducación no se trata solo de brindar información si no también utilizar la misma de una manera terapéutica con técnicas que ayuden a entender los síntomas y saber cómo manejarlos, así como comprender que es lo que significa la enfermedad en cada persona. “La psicoeducación sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el autoestigma por la autoestima” (Colom, 2011).

Psicoeducación focalizada en la personalidad:

Al analizar la psicoeducación, se descubre que es una técnica importante que se utiliza para dar información y trabajar sobre los desórdenes psicológicos que pueden producir la enfermedad. Al ser focalizado en la personalidad se encuentran diferentes tipos de técnicas que ayuden a causar impacto y generar un cambio en el comportamiento del paciente dependiendo de los temas más importantes para cada tipo de personalidad.

Personalidad Cognitiva:

Con relación a la personalidad cognitiva, se trabajó varias técnicas basadas en la lógica y el razonamiento, se busca potenciar el liderazgo y la argumentación en base a actividades que logren encaminarse a situaciones estructuradas, con métodos de aprendizaje prácticos. Se busca trabajar con grupos reducidos, donde estén claros los límites de cada uno de los individuos, sin ahondar en el tema afectivo ya que este estilo se caracteriza por la represión de afectos y las respuestas lógicas, por lo que trabajar desde dicho punto no sería factible. Las técnicas que se ocuparon fueron; la escritura, visualizaciones, argumentaciones y planificación.

Personalidad Comportamental:

Para las actividades de esta personalidad se recomiendo realizarlas al aire libre, ya que la característica esencial es la impulsividad y la preferencia por actividades de riesgo. Pese a ello el trabajo al aire libre no se puede ejecutar ya que en la fundación no se cuenta con espacios exteriores que faciliten el trabajo, así como también los pacientes no siempre se encuentran en su nivel óptimo de energía debido a la enfermedad, a pesar de esto se trató de suplir y adaptar las actividades para que resulten dinámicas. Algunas de las técnicas ocupadas fueron: la interpretación, toma de decisiones, explicaciones y visualizaciones; el trabajo se ejecutó en grupos pequeños esto en vista del incorrecto manejo de impulsos y la frialdad e incapacidad de aprender a través de la experiencia, siendo así mayormente manejable en grupos reducidos.

Personalidad Relacional:

En este tipo de personalidad no se aplicó el programa por la falta de personas que cumplan con la característica de ser de personalidad relacional, esto ocurre debido a la socialización errónea que se maneja en este estilo, pero pese a ello se planificó varias actividades, las mismas que se recomiendan realizarse de manera personal o en grupos de máximo dos personas ya que en esta personalidad los límites son muy marcados y el trabajo se dificultaría.

Producto

En el Anexo 7 se encuentra el producto realizado a partir de la presente investigación donde se puede encontrar de una manera clara y práctica cómo se debe aplicar el programa de psicoeducación focalizado en la personalidad.

Este documento se creó para que los usuarios y técnicos de FUNDEM puedan tener una guía de las cosas que deben ser tomadas en cuenta para la aplicación de dicho programa, tales como el diseño donde se pueden ver otras propuestas realizadas en diferentes estudios y fundaciones, los usuarios que son aptos para participar, el riesgo y los beneficios de la práctica, así como también el presupuesto y las actividades a realizar.

Con esta guía la Fundación, así como, otros usuarios podrán entender el programa y la manera en la que debe ser aplicado para obtener resultados positivos.

CAPÍTULO V

Conclusiones y recomendaciones

A partir de una investigación teórica sobre la esclerosis múltiple, sus tipos y síntomas, se pudo tener una visión amplia y clara sobre la enfermedad, sus consecuencias y lo que implica vivir con la misma.

La investigación amplió los conocimientos sobre el caso clínico y de la misma forma se volvió posteriormente un instrumento clave para entender y transmitir dichos conocimientos en las sesiones consecuentes de psicoeducación a los distintos participantes.

Dentro de la investigación bibliográfica se encontró estudios enfocados en psicoeducación con una línea principal en la personalidad, entre ellas (Arriciaga, 2013) comenta la “Influencia de un programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad en los niveles de adherencia al TAR en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVVS)”, el mismo que mostró resultados positivos, “en cuanto a la adherencia arrojó, el cómo la psicoeducación puede mejorar la adherencia al tratamiento”. Por otro lado en la Fundación de Esclerosis Múltiple de Barcelona se puede encontrar artículos sobre la psicoeducación y como esta puede reducir los niveles de ansiedad y depresión, los tales impartidos por dicha fundación por ejemplo: el Taller de Refuerzo de la Reserva Cognitiva en EM buscan a través del aprendizaje generar habilidades que le permitan al paciente tener nuevas puntos de vista sobre la enfermedad reduciendo, gracias a ellos múltiples trastornos así como el mejoramiento de la calidad de vida.

Desde el modelo integrativo, se estudió y analizó la personalidad cognitiva, comportamental y relacional, ubicando así características esenciales en cada uno de los estilos de personalidad lo mismo que sirvió de ayuda en lo posterior para crear técnicas adecuadas, que permitan aprendizajes más significativos en los participantes.

Para cumplir con el propósito se utilizaron reactivos psicológicos que permitieron identificar los rasgos de personalidad de cada paciente, medir sus niveles de ansiedad y depresión y su nivel de deterioro cognitivo, estos reactivos fueron el cuestionario de personalidad SEAPSI, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el NEUROPSI.

Una vez obtenidos los resultados de los reactivos aplicados, se pudo establecer las técnicas acordes a los rasgos de personalidad, con esto se buscó cumplir el propósito de generar en los pacientes comodidad y adherencia al proceso.

La institución FUNDEM, mostró gran interés por la propuesta realizada de tal manera que promocionó las actividades a través de redes sociales. Esto motivó ampliamente a pacientes

y familiares, para que asistan a los talleres, teniendo gran acogida entre el público en general.

Durante la aplicación del programa, se pudo observar que los pacientes con rasgos de personalidad cognitiva y comportamental se sintieron muy cómodos y comprometidos con los temas y los trabajos que se realizaron. Por otro lado, los trabajos en relación a la personalidad relacional no pudieron contar con representantes dentro del programa, esto se debió a que dicho estilo de personalidad no tiene un correcto manejo de la socialización, motivo por el cual no serían pacientes que asistan a fundaciones, en las cuales se trabaje de una manera colectiva.

Utilizar técnicas adecuadas en cada estilo de personalidad para trabajar temas específicos nos permitió crear espacios de catarsis y aprendizaje sin crear molestias o romper límites propios del participante permitiendo así la aceptación de la enfermedad.

Las temáticas propuestas fueron establecidas en base a las necesidades que se evidenciaron después de las entrevistas preliminares, las temáticas fueron:

- Sentimientos y emociones
- Vida con la enfermedad.
- Familia y comunicación asertiva
- Actividades preventivas.
- ¿Qué hacer en una crisis?
- Plan de vida

En cuanto a la implementación de estas temáticas se tomó que los pacientes son personas que generan su red de apoyo en su núcleo familiar, por lo que se posicionó el funcionamiento de los roles dentro de la familia, el constante apoyo, el fomentar dentro de las mismas fortalezas que puedan abolir la idea de que el paciente es la enfermedad y dando realce a la elaboración de un plan de vida con metas tanto a corto como a largo plazo.

Para la personalidad cognitiva utilizamos técnicas que nos permitan potenciar las cualidades propias de este estilo como lo son el liderazgo, el orden y la argumentación siempre ligada a la racionalidad y lógica, por tanto se buscó que las actividades a realizarse

vayan en esta dirección y se abran espacios estructurados con el fin de generar diálogos y aprendizajes consientes; el trabajo se realizó en grupos reducidos que variaron entre 2 y 3 personas por grupo esto en repuesta a que este estilo de personalidad maneja la socialización pero con menos individuos, siempre y cuando se vayan creando lazos de confianza.

A través de los talleres se pudo percibir que existían estructuras de pensamiento, así como esquemas muy marcados sobre temáticas como emociones y familia mediante la psicoeducación se llegó a consensos en cuanto a la necesidad de asumir de manera correcta roles como estructuras nuevas que generen una adaptación saludable a posibles cambios que se efectúen por la enfermedad.

En cuanto a la personalidad comportamental se recrearon al igual que en las actividades cognitivas que permitan fortalecer las capacidades de los participantes en este estilo de personalidad nos enfocamos en la perseverancia, energía e impulsividad. Para esta personalidad se recomendó realizar actividades al aire libre pero no fue posible debido a las condiciones tanto de la fundación por el tema de espacios, así como de los participantes ya que como se ha mencionado anteriormente la enfermedad tiene como síntoma principal la fatiga y en algunos casos avanzada discapacidad física, pero pese a ellos las actividades fueron adaptadas para cumplir los objetivos.

Finalmente, para la personalidad relacional no se pudo contar con participantes, pese a ello se conformó una planificación de taller enfocada en las necesidades de este estilo de personalidad con miras a que en un futuro o en otra aplicación se pueda presentar o se pueda trabajar de manera individual si llega a presentarse el caso.

Dentro de la planificación realizada se llegó a varios consensos en cuanto a tiempo, en un principio se pensó en que los talleres fueran 7, únicamente los días sábados, pero gracias a las primeras entrevistas y a nuestra observación de campo se consideró en reducir las sesiones sin dejar fuera ninguna temática y haciéndolas más participativas e inclusivas, mediante el acercamiento con los pacientes, también se decide realizar tres jornadas a petición y gran acogida de los talleres, sin contar que en esta segunda aplicación del mismo nos encontraríamos con que algunas personas del público en general cercanos a la

fundación asistirían, las mismas quedaron fuera de nuestra muestra por no cumplir con algunos requerimientos de inclusión.

Es preciso mencionar que dentro de este estudio se encontraron algunas alertas importantes como lo son el manejo inadecuado de la medicación, el sedentarismo, la falta de constancia en chequeos médicos, falta de preocupación sobre la salud mental y un precario manejo de actividades preventivas en el área cognitiva.

Después de aplicar el programa de psicoeducación propuesto, se concluyen los siguientes resultados:

- En relación a la aplicación preliminar, la hipótesis de disminución continua siendo válida, en esta la segundas aplicación del programa de psicoeducación, lo que nos permite comprobar que se pudo obtener los resultados esperados.
- Es importante profundizar y socializar los diferentes síntomas y consecuencias que produce la enfermedad en los pacientes.
- Se puede notar, a través de los resultados analizados, que los pacientes que tuvieron una asistencia alta al programa de psicoeducación disminuyeron en márgenes elevados los niveles de ansiedad y de depresión.
- Por otro lado, hay pacientes que tuvieron una asistencia baja al programa de psicoeducación, se evidenció que los niveles de ansiedad y depresión se disminuyeron en niveles muy bajos o fueron estables en pacientes que asistieron a 3 sesiones, es decir una asistencia promedio o estable, arrojando como resultado rangos aceptables. Se concluye que los pacientes que no pudieron asistir se debió a la poca capacidad que tienen para movilizarse y llegar a la Fundación, algunos de ellos no tienen el tiempo suficiente debido al trabajo y la fatiga, propia de la enfermedad o por problemas en la memoria.

- Es de suma importancia el estadio de la EM y la condición emocional en la que se encuentre el paciente, ya que esto puede generar cambios en el efecto que puede producir la psicoeducación.
- Los talleres fueron abiertos al público en general y se pudo notar un mayor impacto en las personalidades trabajadas (cognitiva, comportamental), mientras que, en las personas con otros rasgos, el impacto fue menor, en ocasiones de manera observacional se notó a los participantes con otros rasgos un tanto perdidos en las actividades, pero muy atentos a las indicaciones previas, con este antecedente se pudo notar la importancia de focalizar el programa en un tipo de personalidad específico.
- los pacientes en forma global tuvieron una disminución de los porcentajes tanto de ansiedad como de depresión, sin embargo mediante observación y análisis de los resultados se puede evidenciar pacientes que deben tener un análisis más personalizado, lo que permitió hacer una entrevista adicional al finalizar.
- Mediante la misma técnica de observación se pudo concluir que esta tuvo un papel fundamental para el proyecto, debido a que se notó distintas variables no tomadas en cuenta que pueden generar mejores resultados para el funcionamiento del proyecto.
- Focalizar el programa en la personalidad permitió que los pacientes se sientan más comprometidos y busquen maneras de reforzar sus recursos, así como mejorar su red de apoyo y comunicación.

Después de aplicar el programa y realizar un procedimiento empírico de observación, se recomienda:

- En FUNDEM es importante aplicar el programa de psicoeducación de cinco sesiones, por lo menos, dos veces al año. Puesto que de esta manera se genera una red de apoyo, permitiéndoles aprender diversas maneras de sobrellevar la enfermedad en base a la experiencia de otros pacientes.

- Además de realizar el programa de psicoeducación con pacientes de esclerosis múltiple, se recomienda realizar talleres de psicoeducación en temas como prevención, expresión emocional, sexualidad y neuroplasticidad.
- Los talleres deberán dirigirse al público en general, como familiares y amigos de los pacientes o personas con otras enfermedades que son tratadas en FUNDEM, esto permitirá el generar empatía, prevención y sensibilización sobre la enfermedad.
- Se recomienda de igual forma que el producto sea siempre manejado por personal de la salud en general, lo que brinda mayor garantía a los resultados que se pretende obtener.
- Dentro del programa se pudo notar carencia sobre el manejo de talleres o espacios para cuidadores y familiares de los pacientes con esclerosis, por esta razón, se recomienda brindarles apoyo psicoterapéutico para evitar síndromes de burnout y problemas de ansiedad o depresión; brindar talleres de psicoeducación y capacitación para cuidadores, familiares y personal de la fundación , de esta manera, ellos puedan comprender los síntomas y reacciones que pueden llegar a tener los pacientes tanto de esclerosis como otras enfermedades neurológicas que son tratadas en FUNDEM.

Por último, al contactar con los pacientes, se pudo constatar que muchos de ellos no pueden asistir a la fundación como se mencionó anteriormente, debido a sus incapacidades físicas, lo cual, no quiere decir que no necesiten apoyo psicológico o médico, es por esta razón que se recomienda en lo posible, realizar acompañamiento psicológico a domicilio.

Bibliografía:

- Kasper, D., Fauci, A., & Hauser, S. (2016). *Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e*. Santa Fe, México: Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES S.A de C.V.
- Abad, P. (2010). Prevalencia de la Esclerosis Múltiple en Ecuador. *Elsevier*, 309-313.
- Álvarez, M. (27 de 05 de 2015). *DM medicina salud y bienestar*. Obtenido de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/esclerosis-multiple/2015/05/27/diez-cosas-hay-esclerosis-multiple-69785.html>
- Anglada, E., Arévalo, M., & Galán, I. (2006). *Personalidad, conducta y esclerosis múltiple*. España: Montflorit Edicions i Assessoraments, sl.
- APA. (2004). *DSM IV*. España: Paidós.
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. México.
- Ardilla, A., & Feggy, O. (2012). *Guía para el diagnóstico Neuropsicológico*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Arriciaga, G. (07 de 2013). *dspace azuay*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3308/1/10082.PDF>
- Balareso, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Quito: Unigraf.
- Balarezo Chiriboga, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: Unigraf.
- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balarezo, L. (1998). *Psicoterapia, asesoramiento y consejería*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Quito: Unigraf.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: Unigraf.

- Barcelona, F. d. (12 de 5 de 2012). *FEM*. Obtenido de FEM:
<http://www.observatorioesclerosismultiple.com/es/vivir/aspectos-psicologicos/existe-un-vinculo-entre-la-esclerosis-multiple-y-la-depresion/>
- Bruno, F. J. (1997). *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Barcelona : Paidós .
- Carrazon, S. V. (noviembre de 2012). *Tipologías psiquiátricas según el aspecto físico y el temperamento*. Obtenido de La Mente es maravillosa :
<https://lamenteesmaravillosa.com/tipologias-psiquiatricas/>
- Castillero, O. (23 de 07 de 2012). *Teoría de la Influencia Social: sus aportes psicológicos*. Recuperado el 20 de 08 de 2017, de Psicología y mente:
<https://psicologiaymente.net/psicologia/teoria-influencia-social#!>
- Castro Moreira, S. (2017). *Estudio sobre la difusión de la Esclerosis Multiple y sus actividades cotidiana en pacientes con problemas neurológicos*. Guayaquil.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Suplemento*, 147-165.
- De la fuente , J., & Heinze, G. (2012). *Salud mental y Medicina Psicológica*. Mexico: MC Graw Hill.
- Eysenck, H. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Eysenck, H. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Eysenck, H. (1971). *Estudio Científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Eysenck, H. (1971). *Estudio Científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Eysenck, H. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Piramide.
- Fermose, J. (2015). *Guía de orientación para la valoración de la discapacidad en esclerosis múltiple*. Madrid: efemhenares.
- Fernandez, O., & Fernandez , V. (2005). *Esclerosis múltiple*. Madrid: McGraw-Hill.
- Fundación de esclerosis de Barcelona. (25 de 4 de 2009). *FEM*. Obtenido de FEM:
<http://www.fem.es/llista-tipos-de-esclerosis-multiple-tipos-de-esclerosis-multiple-em-remitente-recurrente-primaria-progresiva-secundaria-progresiva-progresiva-recurrente-sintomas.aspx>
- Hora, L. (09 de 12 de 2003). *La Hora EC*. Obtenido de
http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1000211122/-1/Conozca_c%C3%B3mo_afecta_la_esclerosis_m%C3%BAltiple.html#.WL2R3Ds1_IU
- Ibarra. (2009). *Neurociencias*. Barcelona: ecos.

- Jaén, U. d. (2013). *Jornadas de atención psicológica y habilidades emocionales en procesos de enfermedades graves y procesos de duelo*. España: Universidad de Jaén.
- Maceda García, S., & Louzano Martinez, M. (s.f.). Personalidad, psicopatología y esclerosis múltiple. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*, 80-86.
- Molina López, M., Piles de la Fuente, P., & Salazar Freile , J. (2016). Cambio de personalidad como primera manifestación de esclerosis múltiple. *Psiquiatría Biológica*, 118-121.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). CIE 10. Obtenido de http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html
- Ortega , A., & Villalba, M. (2017). *Muévete por la EsclerosisMúltiple:por la inclusión social y laboral de los paciente con EM*. Quito.
- Peurifoy, R. (1999). *Cómo vencer la ansiedad*. Bilbao: Descleé.
- Pública, M. d. (04 de 08 de 2014). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Recuperado el 04 de 08 de 2017, de Ministerio de Salud Pública:
<http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/medicamentos/A-569%20REGLAMENTO%20PARA%20GESTION%20DE%20SUMINISTRO%20DE%20MEDICAMENTOS%20Y%20CONTROL.pdf>
- Rivas, D. R. (15 de 09 de 2016). *Notas para el estudio de Endodoncia*. Obtenido de <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/diagnostico.html>
- Rivera, V. M. (2008). Eclerosis Múltiple en Latin America. *Revista Española de Esclerosis Múltiple* , 17-22.
- Rivera, V. M. (2008). Eclerosis Múltiple en Latino América. *Revista Española de Esclerosis Múltiple*, 17-22.
- Ruiz, S. (2000). Evaluación neuropsicológica en demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 193-199.
- Ruiz, V. (2017). Programa de Psicoeducación focalizado en la personalidad. Proyecto realizado con adultos de personalidad afectiva con esclerosis múltiple. En la Fundación de esclerosis de Quito. Quito, Ecuador : Pontificia Universidad Católica .
- Sanchez Turet, M., & Bidon Chanal, A. (15 de 05 de 1980). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Obtenido de Anuario de Psicología:
<file:///C:/Users/estudiantes/Downloads/64473-88417-1-PB.pdf>
- Sánchez Turet, M., & Bidon Chanal, A. (15 de 05 de 1980). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Obtenido de Anuario de Psicología:
<file:///C:/Users/estudiantes/Downloads/64473-88417-1-PB.pdf>
- Sánchez, M. (2016). *FUNDEM*. Quito: Fundación de esclerosis.

- Schultz, D., & Schultz, S. E. (2013). *Teorías de la personalidad*. Mexico: Cengage Learning.
- Segal, Z. V. (2009). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Madrid: Editorial Desclee de Brouwe.
- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito.
- Sierra, J. C. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetividade [en línea]*, 10-59.
- Velasteguí, M. (2017). Dimensiones de la psicoeducación. *Pser-Integrativo*.
- Zambrano, P. (2015). *Determinación de los niveles séricos de vitamina D en los pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple y su relación con la severidad y el comportamiento de la enfermedad en pacientes diagnosticados y en seguimiento en el "Hospital Metropolitano de Q"*. Quito: Pontificia Universidad Católica.

Anexos

Anexos:**Anexo 1:****Entrevista semi-estructurada:**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

ENTREVISTA

Nombre:

Fecha de nacimiento:

Edad:

¿Qué síntoma fue el que generó una alerta para asistir a un profesional de la salud y cuándo ocurrió?

¿Qué pruebas fueron aplicadas para llegar al diagnóstico de Esclerosis Múltiple?

¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticada la enfermedad?

¿Cómo se logró llegar al diagnóstico?

¿Cuántos médicos lo revisaron antes de tener un diagnóstico?

¿Cree que la información en el país sobre la enfermedad es suficiente?

¿Cree que existe un buen trato en el país para esta enfermedad?

¿Qué fue lo que pasó después del diagnóstico y cuáles son los pasos a seguir?

¿Has recibido apoyo de personas que tengan la enfermedad?

¿Cómo llegó a la Fundación de Esclerosis Múltiple de Quito?

¿Cómo ha logrado o qué ha hecho para afrontar la enfermedad?

¿Qué tipo de actividades realiza para distraerse?

¿Qué es lo que considera más difícil en la enfermedad?

¿Cuáles son los síntomas que le han producido mayores problemas en su vida diaria?

¿Ha probado medicina alternativa?

¿Cuáles considera que son los mayores inconvenientes tras ser diagnosticado con esclerosis múltiple?

¿Alguna vez ha participado en actividades grupales que traten temas sobre la esclerosis múltiple? Mencione sus beneficios y falencias.

Anexo 2:

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA FIEPS

No.

Fecha: _____ Elaborada

por: _____

DATOS INFORMATIVOS

Nombre			
Edad	Estado Civil	#de hijos	Religión
Lugar y fecha de nacimiento			
Residencia	Dirección		Telf
Instrucción		Ocupación	
Informante		Parentesco	

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA**IMPLÍCITA****ANTECEDENTES DISFUNCIONALES****BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)****RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS****DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA****DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO****DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD****CRITERIOS PRONÓSTICOS****RECOMENDACIONES**

Anexo 3:**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI****Nombre** _____**Fecha** _____**Señale las frases con las que más se identifique**

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas	
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad	
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás	
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores	
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad	
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra	
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas	
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles	
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal	
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente	
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi	
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad	
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando	
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira	
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural	
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser	

	sorprendido		
	Generalmente impongo mi punto de vista		
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas		
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva		
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar		
c	Mi estado de ánimo es muy variable		
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste		
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro		
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso		
	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal		
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano		
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno		
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo		
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto		
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía		
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella		
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor		
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable		
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo		
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos		

	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta		
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme		
	Me gusta ser reconocido por lo que hago		
	Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío		
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mí mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		

	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		
	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones		
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza		
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan		
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría		
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas		
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás		
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira		
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades		
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo		
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento		
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo		
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer		
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado		
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias		
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones		

	APRECIACIÓN	
--	--------------------	--

Anexo 4:**Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión - Hospital Anxiety and Depression Scale**

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a su médico a que sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que presente atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que dedique mucho tiempo en cada respuesta; en este cuestionario, las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

A.1. Me siento tenso/a o nerviosa/o: 3. Casi todo el día. 2. Gran parte del día. 1. De vez en cuando. 0. Nunca.	D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre: 3. Ciertamente igual que antes. 2. No tanto como antes. 1. Solamente un poco. 0. Yo no disfruto con nadie.
A.2. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder: 3. Sí, y muy intenso. 2. Sí, pero no muy intenso. 1. Sí, pero no me preocupa. 0. No siento nada de eso.	D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas: 3. Igual que siempre. 2. Actualmente, algo menos. 1. Actualmente, mucho menos. 0. Actualmente, en absoluto.
A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones: 3. Casi todo el día. 2. Gran parte del día.	D.3. Me siento alegre: 3. Nunca. 2. Muy pocas veces.

<p>1. De vez en cuando.</p> <p>0. Nunca.</p>	<p>1. En algunas ocasiones.</p> <p>0. Gran parte del día.</p>
<p>A.4. Soy capaz de permanecer sentada/o, tranquila/o y relajada/o:</p> <p>3. Siempre.</p> <p>2. A menudo.</p> <p>1. Raras veces.</p> <p>0. Nunca</p>	<p>D.4. Me siento lenta/o y torpe:</p> <p>3. Gran parte del día.</p> <p>2. A menudo.</p> <p>1. A veces.</p> <p>0. Nunca.</p>
<p>A.5. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueo en el estómago:</p> <p>3. Nunca.</p> <p>2. Solo en algunas ocasiones.</p> <p>1. A menudo.</p> <p>0. Muy a menudo.</p>	<p>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <p>3. Completamente.</p> <p>2. No me cuido como debería hacerlo.</p> <p>1. Es posible que no me cuide como debería.</p> <p>0. Me cuido como siempre lo he hecho.</p>
<p>A.6. Me siento inquieta/o como si no pudiera parar de moverme:</p> <p>3. Realmente mucho.</p> <p>2. Bastante.</p> <p>1. No mucho.</p> <p>0. En absoluto.</p>	<p>D.6. Espero las cosas con ilusión:</p> <p>3. Como siempre.</p> <p>2. Algo menos que antes.</p> <p>1. Mucho menos que antes.</p> <p>0. En absoluto.</p>
<p>A.7. De repente, experimento sensaciones de gran angustia y temor:</p> <p>3. Muy a menudo.</p> <p>2. Con cierta frecuencia.</p> <p>1. Raramente.</p> <p>0. Nunca.</p>	<p>D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:</p> <p>3. A menudo.</p> <p>2. Algunas veces.</p> <p>1. Pocas veces.</p> <p>0. Casi nunca.</p>

Anexo 5:

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL NEUROPSI

Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardua y
Dra. Mónica Rosselli

DATOS GENERALES

NOMBRE _____
 EDAD _____ FECHA _____
 SEXO _____ ESCOLARIDAD _____
 LATERALIDAD _____ OCUPACIÓN _____
 MOTIVO DE CONSULTA _____

OBSERVACIONES MÉDICAS Y NEUROLÓGICAS

I.- Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.

II.- En caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cuál y la dosis:

III.- Otros exámenes: angiografía, electroencefalografía, etc.

IV.- Antecedentes médicos:

Marque con una "X" en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | |
|--|------------------------------------|
| () Hipertensión Arterial | () Traumatismos craneoencefálicos |
| () Enfermedades pulmonares | () Diabetes |
| () Alcoholismo | () Tiroidismo |
| () Farmacodependencia | () Accidentes cerebrovasculares |
| () Disminución de agudeza visual o
auditiva. | () Otros |

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL **NEUROPSI**

Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardua y
Dra. Mónica Rosselli

PROTOCOLO DE APLICACIÓN ESCOLARIDAD BAJA, MEDIA Y ALTA

INDICACIÓN GENERAL: Para los criterios de calificación cualitativos y cuantitativos de cada reactivo, es necesario consultar el manual.

1.- ORIENTACIÓN

	Respuesta	Puntaje
A.-Tiempo	¿En qué día estamos? _____	0 1
	¿En qué mes estamos? _____	0 1
	¿En qué año estamos? _____	0 1
B.-Espacio	¿En qué ciudad estamos? _____	0 1
	¿En qué lugar estamos? _____	0 1
C.-Persona	¿Cuántos años tiene usted? _____	0 1
TOTAL _____		(6)

II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

A.-DÍGITOS EN REGRESIÓN

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del último al primero; ej. 2-5, respuesta: "5-2". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

Respuesta	Respuesta	Respuesta
4-8 _____ 2	2-8-3 _____ 3	8-6-3-2 _____ 4
9-1 _____ 2	7-1-6 _____ 3	2-6-1-7 _____ 4
Respuesta	Respuesta	
6-3-5-9-1 _____ 5	5-2-7-9-1-8 _____ 6	
3-8-1-6-2 _____ 5	1-4-9-3-2-7 _____ 6	
TOTAL _____		(6)

B.-DETECCIÓN VISUAL

Se coloca la hoja de detección visual frente al sujeto y se le pide que marque con una "X" todas las figuras que sean iguales al modelo (lámina A del material anexo), el cual se presentará durante 3 segundos. Suspender a los 60 segundos.

TOTAL DE ERRORES _____

TOTAL DE ACIERTOS _____

C.- 20-3

Pida que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones.

17-14-11-8-5 Respuesta _____ TOTAL _____ (5)

III- CODIFICACIÓN

A.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine.

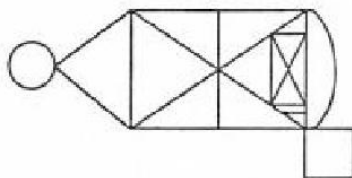
Proporcione los tres ensayos.

1. CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA

1	2	3	
Gato _____	Mano _____	Codo _____	INSTRUSIONES _____
Pera _____	Vaca _____	Fresa _____	PERSEVERACIONES _____
Mano _____	Fresa _____	Pera _____	PRIMACIA _____
Fresa _____	Gato _____	Vaca _____	PRESENCIA _____
Vaca _____	Codo _____	Gato _____	
Codo _____	Pera _____	Mano _____	
Total _____			TOTAL PROMEDIO _____ (6)
1er. ensayo	2o. ensayo	3er. ensayo	

B.- PROCESO VISIOESPACIAL (COPIA DE FIGURA SEMICOMPLEJA)

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



HORA _____

TOTAL _____ (12)

IV.- LENGUAJE

A.-DENOMINACIÓN

Pida que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Puntaje	Respuesta		Puntaje	Respuesta
CHIVO	0	1 _____	LLAVE	0	1 _____
GUITARRA	0	1 _____	SERPIENTE	0	1 _____
TROMPETA	0	1 _____	RELOJ	0	1 _____
DEDO	0	1 _____	BICICLETA	0	1 _____
			TOTAL _____ (8)		

NOTA: SI EL PACIENTE PRESENTA PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL QUE LE LIMITEN REALIZAR LA ACTIVIDAD ANTERIOR, EN SU LUGAR, PIDA QUE DENOMINE LOS SIGUIENTES ESTÍMULOS PREGUNTÁNDOLE: “¿QUÉ ES ESTO?”

LÁPIZ,	RELOJ,	BOTÓN,	TECHO,	CODO,	TOBILLO,	ZAPATO,	LLAVE
1	2	3	4	5	6	7	8
							TOTAL _____ (8)

8.-REPETICIÓN

Pida que repita las siguientes palabras y oraciones.

	Respuesta	Puntaje
Sol.....	_____	0 1
Ventana.....	_____	0 1
El niño llora.....	_____	0 1
El hombre camina lentamente por la calle.....	_____	0 1
TOTAL _____		(4)

C.-COMPRENSIÓN

Presente la lámina 10 y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones, considerando que para que este reactivo tenga validez, debe asegurarse que el sujeto comprenda los términos de cuadrado y círculo, de no ser así, intente con otras palabras como por ejemplo “bolita” y “cuadro”.

	Puntaje	
Señale el cuadrado pequeño.....	0	1
Señale un círculo y un cuadrado	0	1
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande	0	1
Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande	0	1
Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño.....	0	1
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño.....	0	1

TOTAL_____ (6)

D.-FLUIDEZ VERBAL

Pida que nombre en un minuto todos los animales que conozca. Posteriormente, empleando el mismo tiempo, solicite que mencione todas las palabras que recuerde que inicien con la letra “F” sin que sean nombres propios o palabras derivadas (y. gr. familia, familiar).

Nombres de animales

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____

Palabras que inician con “F”

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____

TOTAL SEMÁNTICO _____
 INTRUSIONES _____
 PERSEVERACIONES _____

TOTAL FONOLÓGICO _____
 INTRUSIONES _____
 PERSEVERACIONES _____

V.- LECTURA

Pida que lea en voz alta la lectura de la lámina 11 del material anexo. Mencione que se le harán preguntas sobre su contenido.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Respuesta	Puntaje		
¿Porqué se ahogó el gusano?	_____	0	1	
¿Qué pasó con el otro gusano?	_____	0	1	
¿Cómo se salvó el gusano?	_____	0	1	
TOTAL _____		(3)		

VI.- ESCRITURA

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Puntaje		
Dictar: El perro camina por la calle	0	1	
COPIAR: Las naranjas crecen en los árboles (presentar lámina 12)	0	1	
TOTAL _____		(2)	

VII.- FUNCIONES EJECUTIVAS

A.- CONCEPTUAL

1.- SEMEJANZAS

Pregunte en qué se parecen los siguientes estímulos. Proporcione ej. "silla-mesa.... son muebles".

	Respuesta	Puntaje		
naranja-pera	_____	0	1	2
perro-caballo	_____	0	1	2
ojo-nariz	_____	0	1	2
TOTAL _____		(6)		

2.-CÁLCULO

Pida que resuelva mentalmente las siguientes operaciones. Límite de tiempo para resolver cada problema: 60 segundos. Se puede leer nuevamente el problema dentro del límite de tiempo.

	Respuesta
¿Cuánto es $13 + 15$? (28).....	_____
Juan tenía 12 pesos, recibió 9 y gastó 14 ¿Cuánto le quedó? (7).....	_____
¿Cuántas naranjas hay en dos docenas y media? (30).....	_____
TOTAL	(3)

3.- SECUENCIACIÓN

Presentar la lámina 13 del material anexo y pedir que continúe con la secuencia.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

TOTAL _____ (1)

B.-FUNCIONES MOTORAS

(Para su aplicación, consultar el manual)

1.- CAM BIO DE POSICIÓN DE LA MANO

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo entre el segundo y tercer ensayo

2 = Lo hizo correctamente al primer ensayo

Ejecución	derecha	0	1	2
	izquierda	0	1	2

TOTAL _____ (4)

2.- MOVIMIENTOS ALTERNOS DE LAS DOS MANOS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo desautomatizado

2 = Lo hizo correctamente

TOTAL _____ (2)

3.- REACCIONES OPUESTAS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo con errores

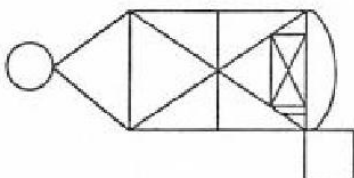
2 = Lo hizo correctamente

TOTAL _____ (2)

VIII.-FUNCIONES DE EVOCACIÓN

A.-MEMORIA VISOESPACIAL

Pida que reproduzca la figura de la lámina 1 y registre la secuencia observada.



HORA _____

TOTAL _____ (12)

B.- MEMORIA VERBAL

1.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

gato	_____	pera	_____	INTRUSIONES	_____
mano	_____	vaca	_____	PERSEVERACIONES	_____
codo	_____	fresa	_____		

TOTAL _____ (6)

2.- POR CLAVES

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

partes del cuerpo	_____	INTRUSIONES	_____
frutas	_____	PERSEVERACIONES	_____
animales	_____		

TOTAL _____ (6)

3.- RECONOCIMIENTO

Lea las siguientes palabras y pida que reconozca aquellas que pertenecen a la serie memorizada anteriormente.

Boca	_____	codo*	_____	zorro	_____	vaca*	_____
Gato*	_____	árbol	_____	mano*	_____	flor	_____
Cama	_____	gallo	_____	fresa*	_____		
Pera*	_____	lápiz	_____	ceja	_____		

INTRUSIONES _____

TOTAL _____ (6)

Anexo 6:**Consentimiento Informado**

Nosotras Deisy Chanchay con CI N° 1723164420 y Valeria Ruiz con CI N° 1721366316, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Nos encontramos al momento realizando una investigación sobre Esclerosis múltiple en el Ecuador (Quito), para nuestra disertación de grado con el objetivo de realizar un programa de psicoeducación focalizada en la personalidad, de esta manera obtendremos el Título de Psicóloga Clínica, en donde nos gustaría contar con su participación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Aclarando que los datos obtenidos durante la investigación serán manejados de manera confidencial, de antemano le agradezco su participación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Actividad	Fecha	Firma
Entrevista		
Seapsi		
Escala de ansiedad y depresión		
NEUROPSI		
Taller 1		
Taller 2		
Taller 3		
Taller 4		
Taller 5		
Taller 6		
Taller 7		

Anexo 7:

**PROGRAMA DE PSICOEDUCACIÓN FOCALIZADO EN LA
PERSONALIDAD, PROYECTO EN ADULTOS CON ESCLEROSIS
MÚLTIPLE CON PERSONALIDAD COGNITIVA,
COMPORTAMENTAL Y RELACIONAL. EN LA FUNDACIÓN DE
ESCLEROSIS DE QUITO**

Deisy Chanchay

Quito, D.M 2018

Contenido

Introducción:.....	22
Antecedentes:.....	23
Justificación:	24
Marco Referencial:	27
Dimensiones de psicoeducación:.....	28
Psicoeducación focalizada en personalidades afectivas:	28
La neurofisiología de la enfermedad en las personalidades afectivas:	32
Objetivo General:	34
Objetivos específicos:.....	34
Actividades	35
Diseño:.....	36
Usuarios y beneficios:	48
Tiempo:.....	48
Presupuesto:.....	48
Riesgo y calidad:	49
Revisión de mejores prácticas en otras fundaciones, entidades dentro y fuera de Quito	50
Conclusiones y recomendaciones:.....	51
Bibliografía:.....	57
Anexos:.....	61

Introducción:

El presente proyecto tiene como objetivo reducir los niveles de ansiedad de pacientes con esclerosis múltiple, enfermedad neurodegenerativa, que afecta a todas las partes del cerebro, no tiene causa ni cura, se produce porque los anticuerpos, que están encargados de defender al organismo, empiezan a atacar a las conexiones cerebrales afectando a la mielina, que es un protector de los axones, esto produce que la sinapsis entre una neurona y otra no sea transmitida de una manera eficiente, lo que produce distintos síntomas dependiendo el área del cerebro que sea afectada (Ruiz V. , 2017).

Antecedentes:

Según los estudios realizados, se afirma que esta enfermedad ocupa el segundo lugar después de los traumatismos como causa de discapacidad neurológica que comienza en las fases: temprana y media de la vida adulta.

Afecta a 2.5 millones de personas en el mundo. Se han logrado observar repetidas veces gradientes geográficos, su máxima prevalencia conocida (250 casos por 100 000 personas) se localizó en las islas Orkney, situadas al norte de Escocia. La prevalencia de Esclerosis Múltiple en otras zonas templadas del mundo es de 0.1 a 0.2%, en las zonas con clima tropical, la prevalencia es de 10 a 20 veces menor. (Kasper, Fauci, & Hauser, 2016).

La esclerosis múltiple es menos frecuente en las áreas cercanas a la línea ecuatorial, mientras que la incidencia y la prevalencia aumentan conforme se alejan de estas áreas, creando un gradiente norte-sur bien definido. Reportes publicados en la última década proveen datos recientes de la prevalencia en Latinoamérica. (Abad, 2010).

Se identificó a 159 pacientes en las ciudades donde se llevó a cabo el estudio. Quito, la ciudad capital, con 5,05/100.000 habitantes (IC del 95%, 4,03-6,03); Guayaquil, en la costa, 2,26/100.000 habitantes (IC del 95%, 1,62-2,91); Cuenca, en el sur, 0,75/100.000 habitantes (IC del 95%, 0,024-0,175).” (Abad, 2010).

“En la ciudad de Quito, encontramos que la mayoría de la muestra corresponde al grupo de edad de 20 a 59 años” (Abad, 2010), además la prevalencia es mayor, como se ha descrito antes, en mujeres que en hombres. “La prevalencia en Quito, ciudad andina, es 3 veces más frecuente que en Guayaquil, la ciudad más grande del país situada en la costa del Pacífico, lo que señala un gradiente latitudinal con efectos ambientales diferentes” (Abad, 2010).

Con estos resultados se pudo concluir que el Ecuador tiene una baja prevalencia de Esclerosis Múltiple, aunque se deben realizar estudios más amplios para poder llegar a conocer la enfermedad en regiones alejadas.

Por otro lado, en un estudio realizado por la revista Española de Esclerosis Múltiple los resultados fueron: “En el estudio nacional de Ecuador finalizado en 2008, la frecuencia total fue estimada en 1.2/100,00018, aunque se identificaron fluctuaciones menores en diversas zonas del país.” (Rivera, Esclerosis Múltiple en Latino América, 2008).

La Fundación de Esclerosis Múltiple – FUNDEM, es creada en 1996 por un grupo de 8 pacientes de esclerosis múltiple quienes después de más o menos 5 años de padecer la enfermedad deciden ayudarse y ayudar a otros. Actualmente existen 150 pacientes registrados en FUNDEM, que asisten a controles médicos y terapia ocupacional y del lenguaje, algunos de ellos han perdido contacto con la Fundación debido a su falta de aceptación de la enfermedad o a la discapacidad física que presentan.

Con todos estos datos se puede dar cuenta de que la Esclerosis Múltiple es una enfermedad importante que existe en el país, de la cual no se han realizado investigaciones, por ello, es importante trabajar con esta población.

Justificación:

En cuanto a la búsqueda en el Repositorio de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, se encontró únicamente una investigación de la Facultad de Medicina sobre:

“Determinación de los niveles séricos de vitamina D en los pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple y su relación con la severidad y el comportamiento de la enfermedad en pacientes diagnosticados y en seguimiento en el “Hospital Metropolitano de Quito” y en el

“Hospital Carlos Andrade Marín” de la provincia de Pichincha, desde octubre 2013 a octubre del 2014”.

Ampliando esta búsqueda a los repositorios de otras universidades, se encontraron varias disertaciones sobre la Esclerosis Múltiple, sin embargo; ninguna que tenga relevancia para la investigación.

Finalmente, a través de la revisión hecha en los distintos repositorios digitales de las universidades del país, no se han encontrado disertaciones que se asemejen tanto en el tema como en los objetivos planteados en la presente investigación. Por esta razón, se considera que ésta va a ser de utilidad y va a constituir un aporte para la población interesada.

Por otro lado, el plan Nacional del Buen Vivir, es una política del Gobierno de turno que pretende fortalecer y crear cambios que generen beneficio en la ciudadanía, en el mismo, se encuentran cinco objetivos uno de los cuales será la base para esta investigación; en este contexto, el objetivo tres que dice:

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales en la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social (SENPLADES, 2013, pág. 189)

El mismo que pretende crear condiciones adecuadas para la vida de toda la ciudadanía, respetando su diversidad y logrando el fortalecimiento de la capacidad social para consolidar una atención equilibrada, sustentable y creativa que responda a las necesidades de la población. Los adultos con EM son una población vulnerable y abandonada que necesita atención para mejorar su calidad de vida; es por ello que se presenta este programa de psicoeducación, el cual, reducirá los niveles de ansiedad provocados por la esclerosis múltiple.

Debido a la declinación cognitiva que se produce por el paso del tiempo, la propia degeneración que la esclerosis múltiple como enfermedad presenta y la falta de herramientas para ejercitar las funciones superiores del cerebro en el ser humano, se piensa en la necesidad de crear un programa de Psicoeducación para adultos con esclerosis múltiple focalizado en la personalidad, en donde se pretende evaluar el grado de

degeneración cognitiva existente, realizar una división de la población enfocada en la personalidad, lo que nos permitirá crear estrategias más eficaces para el trabajo dependiendo de los diferentes tipos de personalidades y adecuando el programa a cada una de ellas, dividir por categorías a los participantes para así poder aplicar el programa de psicoeducación que logre disminuir los niveles de ansiedad y depresión en los participantes previo a una evaluación inicial (Ruiz V. , 2017).

Los avances de las neurociencias han revelado la fina y estrecha conexión que existe entre el cerebro y cuerpo y cómo la acumulación de tensión y ansiedad propia de la vida moderna hacen que los cerebros se apaguen o se desconecten. (Ibarra, 2009) por lo que, se considera necesario la producción de un programa de psicoeducación adecuado para el adulto con esclerosis múltiple que responda a reducir los niveles de ansiedad y depresión que produce esta enfermedad.

El crear un programa de psicoeducación, no sólo ayuda a prevenir sino también a evitar los niveles de ansiedad y depresión que son producidos por la enfermedad en sí misma y su desconocimiento, lo que aportará a mejorar el estilo de vida del adulto con esclerosis múltiple; con el enfoque grupal con el que se pretende trabajar se beneficiará la socialización y se generarán redes de apoyo lo cual ayudará a bajar la ansiedad y depresión que produce dicha enfermedad.

Se ha planteado este tema de investigación por un interés personal dirigido hacia los problemas neurológicos, enfocándose en la esclerosis múltiple y en poder plantear un programa que logre atenuar los niveles de ansiedad y depresión que pueden llegar a producirse por la misma.

Desde la parte teórica, la investigación ha surgido por la necesidad de determinar los posibles beneficios que brinda la psicoeducación focalizada en la personalidad en adultos con esclerosis múltiple. Se realizará un trabajo, en el que se abordarán los conceptos de “esclerosis múltiple”, “desarrollo cognitivo”, “personalidad”, “ansiedad” y “psicoeducación”, entre otros que se irán ampliando a medida que transcurra el presente estudio.

El motivo de esta investigación es desplegar un aporte a la sociedad apoyándose en un marco teórico que brinde herramientas para poder desarrollar de la mejor manera las indagaciones requeridas. Esta disertación se basó en la psicoeducación desde la mirada de la psicología integrativa focalizada en la personalidad.

Fue factible realizar esta investigación puesto que se contó con la autorización por parte de los directivos de la Fundación de EM de Quito, centro en el que se llevó a cabo el estudio.

En cuanto a las implicaciones éticas, esta investigación, se llevó a cabo con la población que aceptó participar en ella y se encuentran al tanto del propósito y fines de la misma, expresando su acuerdo mediante la firma del Consentimiento Informado. Igualmente, se deja constancia de la confidencialidad de los nombres. El estudio publicará datos generales y grupales, permitiendo de esa manera encontrar las necesidades, sin dejar de lado la confidencialidad de los pacientes (Ruiz V. , 2017).

Marco Referencial:

Aprendizaje: Es un cambio permanente de la conducta de la persona como resultado de la experiencia. Se refiere al cambio en la conducta o al potencial de la conducta de un sujeto en una situación dada, como producto de sus repetidas experiencias en dicha situación. Este cambio conductual no puede explicarse en base a las tendencias de respuesta innatas del individuo, su maduración, o estados temporales (como la fatiga, la intoxicación alcohólica, los impulsos, etc.) (Bruno, 1997).

Compasión: con-pasión, sufrir con el otro, acompañarlo en el sufrimiento y sufrir con el otro. Compromiso con el sufrimiento del otro. Sostener es acoger el sufrimiento, dar amor, seguridad y consuelo. La compasión lleva a la acción, a está llena de creatividad. Reducir el sufrimiento. La compasión está llena de creatividad (Jaén, 2013).

Diagnóstico: La palabra "diagnóstico" literalmente significa discernir o reconocer una afección diferenciándola de cualquier otra. Es el arte de distinguir o identificar una enfermedad. Un diagnóstico es aquello que, en el ámbito de la medicina, está vinculado a la diagnosis. Este término, a su vez, hace referencia a diagnosticar: recabar datos para analizarlos e interpretarlos, lo que permite evaluar una cierta condición (Rivas, 2016).

Diagnóstico del entorno de paciente: se refiere a la definición de las condiciones de vida del paciente en lo relacionado a los factores físicos, económicos, socio-culturales, los cuales pueden impedir o favorecer el tratamiento (Balarezo L. , 1995).

Dolor: Es un síntoma infravalorado; no obstante, hasta un 50% de los pacientes puede experimentar alguna de las siguientes experiencias dolorosas: neuralgia del trigémino, convulsiones tónicas dolorosas, disestesias dolorosas paroxísticas en extremidades, signo de Lhermitte doloroso, sensaciones disestésicas «eléctricas» en tronco y en miembros inferiores y lumbalgia (Fernandez & Fernandez , 2005).

Emoción: en el lenguaje cotidiano nos referimos a las emociones como si fueran una cosa específica. Pero las emociones no son una cosa específica, son un proceso complejo con componentes tanto biológicos como mentales. Las emociones son mentales en el sentido de que son provocadas por la interpretación de un suceso, que después produce una serie compleja de reacciones bioquímicas que describimos como un “sentimiento”. Las reacciones bioquímicas también generan una “urgencia para la acción”. Algunas veces, la acción que uno ejecuta en respuesta a una emoción es mental, como cuando uno no está de acuerdo con lo que hace o dice otra persona, pero decide no decir o hacer nada. Otras veces, implica tanto el pensamiento como la acción física, como decir a alguien lo que uno quiere o conseguir lo que uno quiere (Peurifoy, 1999).

Resiliencia: se refiere a la habilidad de un individuo de adaptarse con éxito al estrés agudo, trauma o formas más crónicas de adversidad. A través de la resiliencia el individuo mantiene, ante el estrés respuesta psicológicas y fisiológicas adecuadas (De la fuente & Heinze, 2012).

Trastornos afectivos: La alteración afectiva más frecuente es la depresión, que aparece en 75% de los pacientes en algún momento de la enfermedad. Suele ser una depresión moderada y reactiva. La euforia es rara, aunque se presenta en ocasiones (Fernandez & Fernandez , 2005).

Dimensiones de psicoeducación:

La psicoeducación tiene como propósito disminuir los niveles de ansiedad que el paciente puede presentar producto del desconocimiento de la enfermedad que padece. Mantiene

relación con la educación en salud, por tanto, el objetivo de la psicoeducación es educar a los pacientes para apoyar en la comprensión y la ayuda para el manejo de la enfermedad que sufren, de una manera didáctica que logre potenciar o fortalecer la capacidad adaptativa de las personas frente a un cambio en su salud. Se trata de reforzar los recursos, habilidades y fortalezas que tiene cada paciente para afrontar los cambios que está sufriendo.

La psicoeducación permite moderar la ansiedad que es generada por la desinformación y desconocimiento de la enfermedad, lo cual nos ayuda a disminuir los niveles de ansiedad y de este modo aumentar la calidad de vida, “La teoría es: “cuanto mejor conozca el paciente de su propia enfermedad, mejor puede vivir con su condición”” (Arriciaga, 2013).

Es importante que el psicoeducador tenga un conocimiento amplio sobre la enfermedad, así como también tenga la capacidad de fortalecer los recursos de cada paciente para de esta manera mejorar su calidad de vida, para que el programa de psicoeducación tenga el impacto esperado y logre cambiar estilos de vida en los pacientes.

Dimensión biológica: En cuanto a la dimensión biológica se refiere a toda la información que se puede utilizar para explicar la enfermedad a nivel biológico, es decir, cómo afecta su enfermedad al cerebro y por qué se producen los síntomas que les pueden causar más molestia, en este nivel también se obtiene información a utilizar para que este proceso no sea tan degenerativo, las herramientas para mejorar la plasticidad cerebral, los medicamentos que van a mejorar la calidad de vida de los pacientes y el tratamiento a nivel biológico que pueden seguir para que la enfermedad no avance de una manera muy progresiva. En este nivel es de suma importancia que a los pacientes les quede claro que esto no es algo que ellos puedan controlar del todo, pero sí mejorarlo o mantenerlo de cierta forma.

“La presencia del equipo de profesionales es necesario, la interdisciplinariedad cumple un rol destacado en esta intervención ya que cada profesional debe transmitir la información que corresponda de acuerdo a su especialidad” (Velasguí, 2017).

Dimensión social: Para hablar de psicoeducación es muy importante la dimensión social, tomar conciencia de la cultura en la que se encuentra cada sujeto, es importante tener en cuenta los mitos acerca de la enfermedad que se tienen dentro de la sociedad para de esta

manera poder romperlos y presentar información que aclare las dudas que pueden tener los pacientes sobre los mitos y las creencias de la enfermedad.

Además, se debe tomar en cuenta la influencia social en los comportamientos de los pacientes, el programa de psicoeducación es grupal, por lo tanto, cada uno de los participantes tienen comportamientos y pensamientos diferentes y estos influyen en el grupo, así como también todas las personas que tienen una relación con los pacientes, “Esta influencia puede ser dirigida a un fin o simplemente debida a la presión de grupo, derivándose de lo que el propio sujeto considere que se le pide o de lo que directamente le sea comunicado” (Castillero, 2012).

Dimensión psicológica: La dimensión psicológica es importante para fortalecer los recursos que tienen los pacientes y que logren llevar la enfermedad de la manera más saludable posible para su mente, tomar en cuenta los cambios psicológicos que implican padecer una enfermedad neurodegenerativa es de suma importancia para poder trabajar con esos fenómenos como lo son la culpa, los duelos anticipados y los duelos por pérdida de autonomía y funciones físicas.

La psicoeducación no se trata solo de brindar información si no también utilizar la misma de una manera terapéutica con técnicas que ayuden a entender los síntomas y saber cómo manejarlos, así como comprender que es lo que significa la enfermedad en cada persona. “La psicoeducación sustituye la culpa por la responsabilidad, la indefensión por la proactividad, la negación por la integración y el autoestigma por la autoestima” (Colom, 2011).

Psicoeducación focalizada en la personalidad:

Como se puede ver, la psicoeducación es una técnica importante que se utiliza para dar información y trabajar sobre los desórdenes psicológicos que pueden producir la enfermedad.

Al ser focalizado en la personalidad, se encuentran diferentes tipos de técnicas que nos ayuden a causar impacto y generar un cambio en el comportamiento del paciente dependiendo de los temas más importantes para cada tipo de personalidad.

Personalidad Cognitiva:

En relación a la personalidad cognitiva, se trabajó varias técnicas basadas en la lógica y el razonamiento, se busca potenciar el liderazgo y la argumentación en base a actividades que logren encaminarse a situaciones estructuradas, con métodos de aprendizaje prácticos. Se busca trabajar con grupos reducidos, donde estén claros los límites de cada uno de los individuos, sin ahondar en el tema afectivo ya que este estilo se caracteriza por la represión de afectos y las respuestas lógicas, por lo que trabajar desde dicho punto no sería factible. Las técnicas que se ocuparon fueron; la escritura, visualizaciones, argumentaciones y planificación.

Personalidad Comportamental:

Para las actividades de esta personalidad se recomienda realizarlas al aire libre, ya que la característica esencial es la impulsividad y la preferencia por actividades de riesgo. Pese a ello el trabajo al aire libre no se puede ejecutar ya que en la fundación no se cuenta con espacios exteriores que faciliten el trabajo, así como también los pacientes no siempre se encuentran en su nivel óptimo de energía debido a la enfermedad, a pesar de esto se trató de suplir y adaptar la actividades para que resulten dinámicas. Algunas de las técnicas ocupadas fueron: la interpretación, toma de decisiones, explicaciones y visualizaciones; el trabajo se ejecutó en grupos pequeños esto en vista del incorrecto manejo de impulsos y la frialdad e incapacidad de aprender a través de la experiencia, siendo así mayormente manejable en grupos reducidos.

Personalidad Relacional:

En este tipo de personalidad no se aplicó el programa por la falta de personas que cumplan con la característica de ser de personalidad relacional, esto ocurre debido a la socialización errónea que se maneja en este estilo, pero pese a ello se planificó varias actividades, las mismas que se recomiendan realizarse de manera personal o en grupos de máximo dos personas ya que en esta personalidad los límites son muy marcados y el trabajo se dificultaría.

La neurofisiología de la enfermedad:

Personalidad cognitiva:

Para (Ruiz V. , 2017) la personalidad cognitiva se ve caracterizada por personas que se caracterizan por el predominio de excitación cortical lo que daría paso a la introversión. En la EM este proceso de excitación se vería afectado, por lo cual, se tendría ciertos rasgos de extraversión. Este tipo de personalidad, considera un funcionamiento preponderante del lóbulo frontal (Balarezo L. , Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, 2010), es por esto que, si existe una desmielinización en este lóbulo dependiendo de la parte del mismo puede haber una desorganización en las funciones ejecutivas; este lóbulo es el encargado de la planificación motora, por lo tanto, un daño en esta área podría tener sintomatología motora y afectiva que no corresponden con la emocionalidad que el sujeto realmente quisiera expresar, apraxias, entendiéndose estas como, la incapacidad de realizar secuencias motoras aprendidas con anterioridad al apareamiento de las lesiones, como por ejemplo: lavarse los dientes, manipular una herramienta, etc.; Así también, y tomando en cuenta al mismo lóbulo frontal, no sería raro encontrar conductas no muy apegadas a las normas sociales, sintomatología en torno a problemas de atención, capacidad de resolución de problemas, toma de decisiones, gnosias espaciales o visoconstructivas.

La actividad bioquímica hormonal cuyo control involucra el sistema límbico, provoca sintomatología del ámbito neuroendócrino en la EM. Trastornos en la conducta emocional, disminución de la capacidad de medir el peligro, por ejemplo, que repercuten en un descuido por su vida misma y la de su familia, relaciones de trabajo, relaciones sociales y de pareja.

En los trastornos de personalidad anancástico se encuentra predominio de niveles altos de glutamato y 5-HTP (Balarezo L. , Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad, 2010), el funcionamiento de estas hormonas continuaría siempre y cuando el estímulo sináptico llegue a la glándula que las produce; si esto no ocurre no existiría una respuesta ante el estímulo o esta sería lentificada; por otro lado, en las personalidades paranoides se produce actividad excesiva en el sistema dopaminérgico, los mismos que se dan por alteración en los subsistemas meso límbico y meso cortical.

Personalidad comportamental:

En esta personalidad existe una excitación cortical baja (extraversión) lo que disminuirá aún más a causa de la esclerosis y se podría decir que su excitación cortical sería aún menor, carece de procesos inhibitorios frontales, lo que aumentaría debido a daños desmielinizantes en estas áreas, esta personalidad es más común en niños y adolescentes, por lo que, se da en adultos con una poca maduración cerebral, se sugiere que algunas de las anormalidades encontradas se dan por un fallo en las redes cerebrales. Las conductas agresivas en la personalidad disocial estarían relacionadas con los bajos niveles de serotonina, que podrían aumentar con la desmielinización, por lo cual, no existirían sentimientos, además de lesiones de las superficies orbitarias en los lóbulos frontales que son responsables de este deterioro en estándares éticos y morales; lo que empeoraría con daños en estos planos cerebrales.

Existe en las personalidades inestables una desregulación en el sistema límbico y algunos neurotransmisores en especial el sistema colinérgico y serotoninérgico, los cuales son responsables de la activación y la emocionalidad del sujeto con lesiones en estos sistemas la persona perdería la motivación para realizar actividades cotidianas y tendría problemas de aprendizaje (Ruiz V. , 2017).

Personalidad Relacional:

Inhibiciones mayores en las regiones frontales, lo que hace que el sujeto pueda diferenciar las cosas que le convienen de las que no, daños en este sistema provocarían que el sujeto pierda esta capacidad lo que haría cambios en su forma de comportarse y tomar decisiones; déficits neurológicos de los sistemas límbico y reticular, por lo que, la persona carece de emocionalidad y es apática, daños en este sistema provocarían que estos rasgos sean más intensos o, por otro lado, que se vuelvan más emocionales con situaciones que antes no generaban esta emoción; dominancia del sistema parasimpático, lo que hace que la persona sea tranquila y no tenga altos niveles de agresividad, con daños en esta área la persona se tornaría agresiva e impulsiva; existen desequilibrios del sistema adrenérgico-colinérgico y descontrol sináptico neurohumoral, el daño en estas neuronas y conexiones con las

hormonas provocarían daños físicos como cambios bruscos de peso, alteración en los procesos menstruales en la mujer.

En (Ruiz V. , 2017) ,las personalidades evitativas se presenta sensibilidad en los receptores serotoninérgicos, las personalidades dependientes presentan hipersensibilidad en estos mismos receptores, lo que genera una mayor emocionalidad, con alteraciones desmielinizantes en este sistema se puede producir mayor emoción, por lo tanto, mayor dependencia en este tipo de personalidad, mientras que en las personalidades esquizoides existe un déficit de actividad dopaminérgica frontal, que se traduciría a lenificación de respuesta a estímulos de toda clase.

Se debe tener en cuenta que el cerebro es un sistema que funciona gracias a cada uno de sus subsistemas y conexiones, lo cual influye en toda su actividad, la falla en alguno de estos subsistemas o conexiones puede provocar diferentes tipos de reacciones que tienen relación, por lo cual, no se puede especificar una reacción a cada daño generado, teniendo diferentes tipos de reacciones ya sean físicas o comportamentales, es importante entender que cada pérdida o lesión que se puede ocasionar en nuestro cerebro tendrá una reacción conductual lo cual no quiere decir que el cambio de personalidad o conducta sea debido a este daño específicamente orgánico en un área específica del cerebro.

Objetivo General:

Crear un programa de psicoeducación focalizado en la personalidad para pacientes de personalidad cognitiva, comportamental y relacional con esclerosis múltiple.

Objetivos específicos:

- Disminuir los niveles de ansiedad y depresión en pacientes con esclerosis múltiple.
- Identificar los rasgos de personalidades predominantes en la Fundación de Esclerosis múltiple de Quito.
- Usar técnicas psicoterapéuticas para personalidades cognitiva, comportamental y relacional que puedan generar impacto en la vida de los pacientes.

- Estructurar un protocolo de aplicación del programa implementado, para la re aplicación periódica del mismo.

Actividades

Las actividades que se llevaron a cabo para este trabajo fueron:

Entrevista psicológica: Se debe realizar una entrevista psicológica para poder identificar los recursos y las necesidades que tiene el paciente, de esta manera se puede saber si es apto para participar del programa de psicoeducación, En este punto es recomendable aplicar la entrevista semi-estructurada (Anexo 1) y la Ficha integrativa de evaluación psicológica (FIEPS) (Anexo 2).

Cuestionario de personalidad: Es importante aplicar un cuestionario que pueda ayudar a definir los tipos de personalidad que tiene cada paciente, para de esta manera poder ubicar técnicas de mayor impacto en el paciente que puedan generar un cambio, se recomienda el cuestionario de personalidad SEAPSI (Anexo 3), es una prueba que no se demora mucho tiempo y nos arroja resultados certeros sobre los tipos de personalidad.

Test de deterioro cognitivo: Es importante conocer el nivel de deterioro cognitivo para constatar la capacidad de cada paciente para retener información y definir las acciones que se pueden tomar para mejorar estas áreas. Si el deterioro es grave, seguramente, el paciente no podrá aprovechar el programa de psicoeducación.

Es posible usar diferentes baterías psicológicas para medir el deterioro cognitivo, entre ellos el test NEUROPSI (Anexo 4) que tiene la ventaja de ser, una prueba sencilla con lenguaje claro y que se demora de 30 a 40 minutos en ser aplicada.

Niveles de ansiedad y depresión: Es importante aplicar una prueba que pueda medir los niveles de ansiedad y depresión, primero para conocer el estado anímico del paciente y luego, para obtener resultados una vez aplicado el programa. Para ello se realiza un re-test con el fin de verificar si los niveles de ansiedad y depresión han bajado, han subido o se

mantienen. La Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión –HADS, (Anexo 5) es una prueba rápida y fácil de aplicar en los pacientes.

Diseño:

Este programa de psicoeducación al ser focalizado en la personalidad usa técnicas especializadas en personalidad cognitiva, comportamental y relacional. El propósito es generar impacto en los pacientes que asisten al mismo.

Es necesario acotar que existen varios trabajos publicados sobre la psicoeducación enfocados en otras enfermedades crónicas e importantes.

También se puede encontrar en la Fundación de Esclerosis de España artículos que ayudan a mejorar la calidad de vida de las personas con esclerosis múltiple, al explicar técnicas y actividades que pueden realizarse para que la enfermedad no avance de manera progresiva y agresiva en cuanto a lo cognitivo.

Ninguno de los artículos que se han encontrado para la esclerosis se focalizan en la personalidad, sin embargo, se encontró artículos que se focalizan en la personalidad, pero estos están dentro de otras áreas como en el estudio del VIH o la ansiedad en cirugías, desde el modelo integrativo, pero ninguno en esclerosis múltiple.

➤ **Personalidades cognitivas:**

Tema	Objetivos	Actividad	Recursos	Tiempo
Introducción.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar y presentar el programa de psicoeducación y sus integrantes. • Abrir un espacio de escucha que permita conocer la vida del paciente y su convivencia con la enfermedad. 	<p>Actividad rompehielo (3 verdades 1 mentira).</p> <p>Presentación del programa.</p> <p>Escribe tu historia.</p> <p>Actividad cierre.</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Esferos.</p> <p>Hojas de papel.</p>	De 45 a 90 minutos

Sentimientos y emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar emociones y sentimientos tanto positivos como negativos y sus funciones. • Identificar las emociones positivas así como negativas que se presentan en el transcurso de la enfermedad con el fin de normalizarlas y facilitar la expresión de las mismas. 	<p>Actividad de apertura.</p> <p>Presentación de sentimientos y emociones.</p> <p>Crea la emoción más negativa.</p> <p>Retroalimentación.</p> <p>Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Plastilina.</p> <p>Esferos.</p> <p>Hojas de papel.</p>	De 45 a 90 minutos
Vida con la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer actividades posibles de ser realizadas por el paciente a pesar de la esclerosis múltiple, en busca de potenciar el sentido de la vida. • Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. • Determinar una red de apoyo. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>FODA de la personalidad.</p> <p>Retroalimentacion y presentación de actividades aprendidas.</p> <p>Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector</p>	De 45 a 90 minutos
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer herramientas que permitan la 	Actividad apertura.	Personal.	De 45 a 90

preventivas.	<p>prevención y manejo los síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover conductas adaptativas. 	<p>Explicación de las actividades preventivas.</p> <p>Tormeta ideas.</p> <p>Actividad cierre de compromiso. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Pliegos de papel bond.</p> <p>Marcadores.</p>	minutos
Roles, comunicación y familia.	<ul style="list-style-type: none"> Generar una comunicación efectiva. Reconocer la posibilidad de un cambio de estructura familiar. Facilitar la expresión de emociones y sentimientos con el entorno. Fortalecer los vinculos con la red de apoyo. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Explicación de roles y comunicación asertiva.</p> <p>Genograma didactico de la red de apoyo y roles antes y después.</p> <p>Cambio de frases.</p> <p>Actividad cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Pliegos de papel bond</p> <p>Marcadores</p>	De 45 a 90 minutos
¿Qué hacer en una crisis?	<ul style="list-style-type: none"> Brindar herramientas de apoyo para responder en una crisis. Reconocer técnicas alternativas que pueden ser utilizadas para enfrentar momentos complicados. Motivar el uso adecuado de los fármacos. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Caso clínico.</p> <p>Compartir.</p> <p>Actividad de cierre.</p>	<p>Personal.</p> <p>Hojas impresas.</p> <p>Esferos.</p>	De 45 a 90 minutos

		(Conclusiones pragmáticas)		
Proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurar metas a corto y a largo plazo. • Fortalecer y promover el uso de los conocimientos aprendidos en el programa, para el futuro. 	Actividad apertura. Album de vida presente y expectativas a futuro. Actividad Cierre.	Personal. Cartulinas,Marcadores,Cintas, Tijeras, Fomix, Goma.	De 45 a 90 minutos

➤ **Personalidad comportamental :**

Tema	Objetivos	Actividad	Recursos	Tiempo
Introducción.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar y presentar el programa de psicoeducación y sus integrantes. • Abrir un espacio de escucha que permita conocer la vida del paciente y su convivencia con la enfermedad. 	Actividad rompehielo (Autoretrato gráfico). Presentación del programa. Escribe tu historia. Actividad cierre.	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Esferos. Hojas de papel.	De 45 a 90 minutos

Sentimientos y emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar emociones y sentimientos tanto positivos como negativos y sus funciones. • Identificar las emociones positivas así como negativas que se presentan en el transcurso de la enfermedad con el fin de normalizarlas y facilitar la expresión de las mismas. 	<p>Actividad de apertura.</p> <p>Presentación de sentimientos y emociones.</p> <p>Respondiendo a la emoción.</p> <p>Retroalimentación.</p> <p>Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Pliegos de papel bond .</p> <p>Esferos.</p> <p>Hojas de papel.</p>	De 45 a 90 minutos
Vida con la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> • Reconocer actividades posibles de ser realizadas por el paciente a pesar de la esclerosis múltiple, en busca de potenciar el sentido de la vida. • Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. • Determinar una red de apoyo. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>FODA de la personalidad.</p> <p>Retroalimentacion y presentación de actividades aprendidas.</p> <p>Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector</p>	De 45 a 90 minutos
Actividades	<ul style="list-style-type: none"> • Establecer herramientas que permitan la 	Actividad apertura.	Personal.	De 45 a 90

preventivas.	<p>prevención y manejo los síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none"> Promover conductas adaptativas. 	<p>Explicación de las actividades preventivas.</p> <p>Prototipo de paciente .</p> <p>Actividad cierre de compromiso. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Pliegos de papel bond.</p> <p>Marcadores.</p>	minutos
Roles, comunicación y familia.	<ul style="list-style-type: none"> Generar una comunicación efectiva. Reconocer la posibilidad de un cambio de estructura familiar. Facilitar la expresión de emociones y sentimientos con el entorno. Fortalecer los vinculos con la red de apoyo. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Explicación de roles y comunicación asertiva.</p> <p>Genograma didactico de la red de apoyo y roles antes y después.</p> <p>La zona del si y del no.</p> <p>Actividad cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Pliegos de papel bond</p> <p>Marcadores</p>	De 45 a 90 minutos
¿Qué hacer en una crisis?	<ul style="list-style-type: none"> Brindar herramientas de apoyo para responder en una crisis. Reconocer técnicas alternativas que pueden ser utilizadas para enfrentar momentos complicados. Motivar el uso adecuado de los fármacos. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Caso clínico.</p> <p>Mi ruta para una crisis.</p> <p>Actividad de cierre.</p>	<p>Personal.</p> <p>Hojas impresas.</p> <p>Esferos.</p>	De 45 a 90 minutos

		(Conclusiones pragmáticas)		
Proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> • Estructurar metas a corto y a largo plazo. • Fortalecer y promover el uso de los conocimientos aprendidos en el programa, para el futuro. 	Actividad apertura. Album de vida presente y expectativas a futuro. Actividad Cierre.	Personal. Cartulinas,Marcadores,Cintas, Tijeras, Fomix, Goma.	De 45 a 90 minutos

➤ **Personalidades Relacional:**

Tema	Objetivos	Actividad	Recursos	Tiempo
Introducción.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar y presentar el programa de psicoeducación y sus integrantes. • Abrir un espacio de escucha que permita conocer la vida del paciente y su convivencia con la enfermedad. 	Actividad rompehielo (Emparejar las tarjetas). Presentación del programa. Cuentanos tu historia (Grupos de dos). Compartir. Actividad de cierre.	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Tarjetas.	De 45 a 90 minutos
Sentimientos y emociones.	<ul style="list-style-type: none"> • Explicar emociones y sentimientos tanto positivos como negativos y sus funciones. • Identificar las emociones positivas así como negativas que se presentan en el transcurso de la enfermedad con el fin de normalizarlas y facilitar la expresión de las mismas. 	Actividad de apertura. Presentación de sentimientos y emociones. Bingo de emociones. Retroalimentación. Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)	Personal. Diapositivas. Infocus o proyector. Tablas de bingo. Emoticones.	De 45 a 90 minutos

Vida con la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none"> Reconocer actividades posibles de ser realizadas por el paciente a pesar de la esclerosis múltiple, en busca de potenciar el sentido de la vida. Identificar las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas. Determinar una red de apoyo. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>FODA de la personalidad.</p> <p>Retroalimentación y presentación de actividades aprendidas.</p> <p>Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Hojas impresas.</p>	De 45 a 90 minutos
Actividades preventivas.	<ul style="list-style-type: none"> Establecer herramientas que permitan la prevención y manejo los síntomas. Promover conductas adaptativas. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Explicación de las actividades preventivas.</p> <p>Castillo imaginación.</p> <p>Actividad de cierre. (Conclusiones pragmáticas) compromiso.</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p> <p>Música.</p>	De 45 a 90 minutos
Roles, comunicación y familia.	<ul style="list-style-type: none"> Generar una comunicación efectiva. Reconocer la posibilidad de un cambio de estructura familiar. Facilitar la expresión de emociones y sentimientos con el entorno. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Explicación de roles y comunicación asertiva.</p> <p>Genograma didáctico de la red</p>	<p>Personal.</p> <p>Diapositivas.</p> <p>Infocus o proyector.</p>	De 45 a 90 minutos

	<ul style="list-style-type: none"> Fortalecer los vínculos con la red de apoyo. 	<p>de apoyo y roles antes y después.</p> <p>Telefono dañado.</p> <p>Actividad de cierre.</p> <p>(Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Pliego de papel bond.</p> <p>Marcadores.</p>	
¿Qué hacer en una crisis?	<ul style="list-style-type: none"> Brindar herramientas de apoyo para responder en una crisis. Reconocer técnicas alternativas que pueden ser utilizadas para enfrentar momentos complicados. Motivar el uso adecuado de los fármacos. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Torre de sorbetes.</p> <p>Compartir.</p> <p>Actividad de cierre.</p> <p>(Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal.</p> <p>Sorbetes.</p> <p>Esferos.</p>	De 45 a 90 minutos
Proyecto de vida.	<ul style="list-style-type: none"> Estructurar metas a corto y a largo plazo. Fortalecer y promover el uso de los conocimientos aprendidos en el programa, para el futuro. 	<p>Actividad apertura.</p> <p>Album de vida presente y expectativas a futuro.</p> <p>Actividad Cierre. (Conclusiones pragmáticas)</p>	<p>Personal, Cartulinas, Marcadores, Cintas, tijeras, Fomix, Goma.</p>	De 45 a 90 minutos

Usuarios y beneficios:

Este proyecto está enfocado en personas que han sido diagnosticadas con Esclerosis Múltiple y que tienen una personalidad afectiva; en la Fundación de Esclerosis Múltiple de Quito, se encontraron pacientes que asisten o han acudido a la Fundación en búsqueda de ayuda en torno a su enfermedad.

Este programa de psicoeducación no tiene un mínimo de asistentes, está orientado para ser grupal, por lo tanto, se necesita la integración de más de una persona; tampoco existe un máximo de posibles pacientes, aunque se estima un grupo ideal de hasta 30 personas, para facilitar la comunicación, la expresión emocional, la comodidad de los pacientes para compartir sus experiencias y lograr un impacto positivo en la comunidad.

Tiempo:

El programa consta de 5 sesiones, cada una de 45 minutos a una hora y media, se debe realizar una sesión por semana. El programa dura un mes y una semana. Sería significativo que se realice al menos dos veces al año, para poder crear una red de apoyo que permita ayudar a los pacientes a reducir sus niveles de ansiedad y de depresión y mejorar su calidad de vida.

Presupuesto:

Es importante tener un psicólogo/a que pueda responder todas las dudas de los pacientes y que sepa cómo manejar los grupos y las emociones o temas sensibles que se puedan presentar en el programa.

En cuanto a materiales es necesario contar con: esferos, marcadores, pinturas, hojas de papel y el material didáctico que se va a utilizar para cada actividad así como también material multimedia que servirá como apoyo para la explicación y retroalimentación.

Aparte se debe tener en cuenta el proporcionarles refrigerio, que sirve a su vez para propiciar un espacio en el que afiancen lazos comunes y puedan compartir.

La Fundación de Esclerosis Múltiple de Quito cuenta con todos los equipos necesarios para implementar el programa, por lo tanto, no se necesita adquirir equipos nuevos.

Riesgo y calidad:

Educación implica proporcionar información, es importante tener en cuenta que la información por sí sola no produce cambio en la actitud o comportamiento, por ello, es necesaria la motivación, para que el paciente pueda entrar, continuar y adherirse a una estrategia específica de cambio; de esta manera se explica de forma sencilla y precisa distintas problemáticas, en este caso la esclerosis múltiple; para generar conductas adecuadas (Ruiz V. , 2017).

El personal de la salud que va a impartir la psicoeducación tiene el objetivo de ayudar a identificar con claridad el problema o patología que sufre el paciente, entonces, de forma conjunta trabajar en el tratamiento y manejo adecuado de la enfermedad , de esta manera se mejora la calidad de vida y se promueven conductas adecuadas.

El personal que puede implementar con éxito este tipo de intervención, su formación debe abarcar 3 campos:

1. Información amplia sobre la enfermedad: Es importante que el psicoeducador tenga amplios conocimientos sobre la enfermedad, ya que muchas veces los pacientes tienen varias preguntas sobre lo que están pasando y han investigado mucho sobre la enfermedad por lo tanto necesitan respuestas claras y efectivas que puedan ayudar a resolver sus conflictos en cuanto a información o mala información que han adquirido antes.
2. Información sobre las necesidades y problemas que genera la enfermedad: Es importante que el psicoeducador tenga la capacidad de identificar las necesidades que tiene el paciente, abriendo un espacio de escucha en el cual pueda realizar preguntas sobre la enfermedad y los problemas de los pacientes sin juzgar ni criticar las mismas, de esta manera se genera una relación de confianza en la cual el paciente pueda expresar de manera clara sus necesidades y sentimientos ; recibiendo así información desde un punto de vista neutral que genere una visión nueva sobre la temática.
3. Habilidades terapéuticas específicas que sirvan para ayudar a los pacientes a plantear una convivencia con la enfermedad crónica: tener la capacidad de escucha activa, la misma que nos permite percibir cada una de las cosas que el paciente pueda expresar tanto verbal como corporalmente, lograr crear un ambiente de

confianza con empatía, calidez y sinceridad; sin críticas lo que genera motivación en el paciente para realizar el programa.

Se recomienda que el programa sea manejado por personal relacionado a la salud o que cuente con una formación que permita el manejo adecuado de pacientes y sobre todo de trabajo en grupo : médicos ,terapeutas , educadores , enfermeras y profesiones a fin .

El riesgo de concebir un programa de psicoeducación que no sea manejado adecuadamente está en causar un potencial daño psicológico en los pacientes, al abrir emociones y vivencias que han causado traumas y en no saber cómo manejarlas. Al no contar con la suficiente información y conocimiento sobre el tema, el encargado puede generar angustia y desvirtuar el impacto que se busca con este programa.

El proyecto logra tener éxito cuando es manejado por un profesional de la salud que consiga una transferencia positiva con los pacientes. Además, logra fortalecer el aprovechamiento de los recursos personales y capacidades de cada uno para que puedan tener conciencia de la enfermedad. Este programa presenta un enfoque integracional, focalizado en la personalidad y se utiliza técnicas específicas para personalidades afectivas.

Se puede medir el éxito del programa a través de una evaluación terapéutica mediante la observación. También se pueden medir los resultados a partir de la escala de ansiedad y depresión (HADS), este test debe ser aplicado antes y después del programa para tener una referencia cuantitativa de los resultados.

Revisión de mejores prácticas en otras fundaciones, entidades dentro y fuera de Quito

En la Fundación de Esclerosis Múltiple de España se encontró información sobre la enfermedad que ayudará a socializar este programa. Los artículos contienen información relevante que debería ser incluida dentro del programa.

- <http://www.esclerosismultiple.com/pdfs/Comprender%20la%20EM/VIVIR%20CON%20EM.pdf>

- <http://www.esclerosismultiple.com/documentos/publicaciones/MEMORIA%20RAZONAMIENTO%20Y%20ESTRATEGIAS%20DE%20AFRONTAMIENTO.pdf>

Adicionalmente, existen programas de psicoeducación focalizados en la personalidad para otras enfermedades que nos servirán de base para entender cómo funciona un programa focalizado en las personalidades de los pacientes.

- <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6826/1/12798.pdf>
- <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3308/1/10082.PDF>

Se recomienda revisar esta información para tener mayores argumentos para utilizar la propuesta aquí presentada.

Conclusiones y recomendaciones

A partir de una investigación teórica sobre la esclerosis múltiple, sus tipos y síntomas, se pudo tener una visión amplia y clara sobre la enfermedad, sus consecuencias y lo que implica vivir con la misma.

La investigación amplió los conocimientos sobre el caso clínico y de la misma forma se volvió posteriormente un instrumento clave para entender y transmitir dichos conocimientos en las sesiones consecuentes de psicoeducación a los distintos participantes.

Dentro de la investigación bibliográfica se encontró estudios enfocados en psicoeducación con una línea principal en la personalidad, entre ellas (Arriciaga, 2013) comenta la “Influencia de un programa de psicoeducación desde el modelo integrativo focalizado en la personalidad en los niveles de adherencia al TAR en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVVS)”, el mismo que mostró resultados positivos, “en cuanto a la adherencia arrojó, el cómo la psicoeducación puede mejorar la adherencia al tratamiento”. Por otro lado en la Fundación de Esclerosis Múltiple de Barcelona se puede encontrar artículos sobre la psicoeducación y como esta puede reducir los niveles de ansiedad y depresión, los tales impartidos por dicha fundación por ejemplo: el Taller de Refuerzo de la Reserva Cognitiva en EM buscan a través del aprendizaje generar habilidades que le permitan al paciente tener nuevas puntos de vista sobre la

enfermedad reduciendo, gracias a ellos múltiples trastornos así como el mejoramiento de la calidad de vida.

Desde el modelo integrativo, se estudió y analizó la personalidad cognitiva, comportamental y relacional, ubicando así características esenciales en cada uno de los estilos de personalidad lo mismo que sirvió de ayuda en lo posterior para crear técnicas adecuadas, que permitan aprendizajes más significativos en los participantes.

Para cumplir con el propósito se utilizaron reactivos psicológicos que permitieron identificar los rasgos de personalidad de cada paciente, medir sus niveles de ansiedad y depresión y su nivel de deterioro cognitivo, estos reactivos fueron el cuestionario de personalidad SEAPSI, la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HADS) y el NEUROPSI.

Una vez obtenidos los resultados de los reactivos aplicados, se pudo establecer las técnicas acordes a los rasgos de personalidad, con esto se buscó cumplir el propósito de generar en los pacientes comodidad y adherencia al proceso.

La institución FUNDEM, mostró gran interés por la propuesta realizada de tal manera que promocionó las actividades a través de redes sociales. Esto motivó ampliamente a pacientes y familiares, para que asistan a los talleres, teniendo gran acogida entre el público en general.

Durante la aplicación del programa, se pudo observar que los pacientes con rasgos de personalidad cognitiva y comportamental se sintieron muy cómodos y comprometidos con los temas y los trabajos que se realizaron. Por otro lado, los trabajos en relación a la personalidad relacional no pudieron contar con representantes dentro del programa, esto se debió a que dicho estilo de personalidad no tiene un correcto manejo de la socialización, motivo por el cual no serían pacientes que asistan a fundaciones, en las cuales se trabaje de una manera colectiva.

Utilizar técnicas adecuadas en cada estilo de personalidad para trabajar temas específicos nos permitió crear espacios de catarsis y aprendizaje sin crear molestias o romper límites propios del participante permitiendo así la aceptación de la enfermedad.

Las temáticas propuestas fueron establecidas en base a las necesidades que se evidenciaron después de las entrevistas preliminares, las temáticas fueron:

- Sentimientos y emociones
- Vida con la enfermedad.
- Familia y comunicación asertiva
- Actividades preventivas.
- ¿Qué hacer en una crisis?
- Plan de vida

En cuanto a la implementación de estas temáticas se tomó que los pacientes son personas que generan su red de apoyo en su núcleo familiar, por lo que se posicionó el funcionamiento de los roles dentro de la familia, el constante apoyo, el fomentar dentro de las mismas fortalezas que puedan abolir la idea de que el paciente es la enfermedad y dando realce a la elaboración de un plan de vida con metas tanto a corto como a largo plazo.

Para la personalidad cognitiva utilizamos técnicas que nos permitan potenciar las cualidades propias de este estilo como lo son el liderazgo, el orden y la argumentación siempre ligada a la racionalidad y lógica, por tanto se buscó que las actividades a realizarse vayan en esta dirección y se abran espacios estructurados con el fin de generar diálogos y aprendizajes consientes; el trabajo se realizó en grupos reducidos que variaron entre 2 y 3 personas por grupo esto en respuesta a que este estilo de personalidad maneja la socialización pero con menos individuos, siempre y cuando se vayan creando lazos de confianza.

A través de los talleres se pudo percibir que existían estructuras de pensamiento, así como esquemas muy marcados sobre temáticas como emociones y familia mediante la psicoeducación se llegó a consensos en cuanto a la necesidad de asumir de manera correcta roles como estructuras nuevas que generen una adaptación saludable a posibles cambios que se efectúen por la enfermedad.

En cuanto a la personalidad comportamental se recrearon al igual que en las actividades cognitivas que permitan fortalecer las capacidades de los participantes en este estilo de personalidad nos enfocamos en la perseverancia, energía e impulsividad. Para esta personalidad se recomendó realizar actividades al aire libre pero no fue posible debido a las condiciones tanto de la fundación por el tema de espacios, así como de los participantes ya que como se ha mencionado anteriormente la enfermedad tiene como

síntoma principal la fatiga y en algunos casos avanzados discapacidad física, pero pese a ellos las actividades fueron adaptadas para cumplir los objetivos.

Finalmente, para la personalidad relacional no se pudo contar con participantes, pese a ello se conformó una planificación de taller enfocada en las necesidades de este estilo de personalidad con miras a que en un futuro o en otra aplicación se pueda presentar o se pueda trabajar de manera individual si llega a presentarse el caso.

Dentro de la planificación realizada se llegó a varios consensos en cuanto a tiempo, en un principio se pensó en que los talleres fueran 7, únicamente los días sábados, pero gracias a las primeras entrevistas y a nuestra observación de campo se consideró reducir las sesiones sin dejar fuera ninguna temática y haciéndolas más participativas e inclusivas, mediante el acercamiento con los pacientes, también se decide realizar tres jornadas a petición y gran acogida de los talleres, sin contar que en esta segunda aplicación del mismo nos encontraríamos con que algunas personas del público en general cercanos a la fundación asistirían, las mismas quedaron fuera de nuestra muestra por no cumplir con algunos requerimientos de inclusión.

Es preciso mencionar que dentro de este estudio se encontraron algunas alertas importantes como lo son el manejo inadecuado de la medicación, el sedentarismo, la falta de constancia en chequeos médicos, falta de preocupación sobre la salud mental y un precario manejo de actividades preventivas en el área cognitiva.

Después de aplicar el programa de psicoeducación propuesto, se concluyen los siguientes resultados:

- En relación a la aplicación preliminar, la hipótesis de disminución continua siendo válida, en esta la segundas aplicación del programa de psicoeducación, lo que nos permite comprobar que se pudo obtener los resultados esperados.
- Es importante profundizar y socializar los diferentes síntomas y consecuencias que produce la enfermedad en los pacientes.
- Se puede notar, a través de los resultados analizados, que los pacientes que tuvieron una asistencia alta al programa de psicoeducación disminuyeron en márgenes elevados los niveles de ansiedad y de depresión.

- Por otro lado, hay pacientes que tuvieron una asistencia baja al programa de psicoeducación, se evidenció que los niveles de ansiedad y depresión se disminuyeron en niveles muy bajos o fueron estables en pacientes que asistieron a 3 sesiones, es decir una asistencia promedio o estable, arrojando como resultado rangos aceptables. Se concluye que los pacientes que no pudieron asistir se debió a la poca capacidad que tienen para movilizarse y llegar a la Fundación, algunos de ellos no tienen el tiempo suficiente debido al trabajo y la fatiga, propia de la enfermedad o por problemas en la memoria.
- Es de suma importancia el estadio de la EM y la condición emocional en la que se encuentre el paciente, ya que esto puede generar cambios en el efecto que puede producir la psicoeducación.
- Los talleres fueron abiertos al público en general y se pudo notar un mayor impacto en las personalidades trabajadas (cognitiva, comportamental), mientras que, en las personas con otros rasgos, el impacto fue menor, en ocasiones de manera observacional se notó a los participantes con otros rasgos un tanto perdidos en las actividades, pero muy atentos a las indicaciones previas, con este antecedente se pudo notar la importancia de focalizar el programa en un tipo de personalidad específico.
- los pacientes en forma global tuvieron una disminución de los porcentajes tanto de ansiedad como de depresión, sin embargo mediante observación y análisis de los resultados se puede evidenciar pacientes que deben tener un análisis más personalizado, lo que permitió hacer una entrevista adicional al finalizar.
- Mediante la misma técnica de observación se pudo concluir que esta tuvo un papel fundamental para el proyecto, debido a que se notó distintas variables no tomadas en cuenta que pueden generar mejores resultados para el funcionamiento del proyecto.
- Focalizar el programa en la personalidad permitió que los pacientes se sientan más comprometidos y busquen maneras de reforzar sus recursos, así como mejorar su red de apoyo y comunicación.

Después de aplicar el programa y realizar un procedimiento empírico de observación, se recomienda:

- En FUNDEM es importante aplicar el programa de psicoeducación de cinco sesiones, por lo menos, dos veces al año. Puesto que de esta manera se genera una red de apoyo, permitiéndoles aprender diversas maneras de sobrellevar la enfermedad en base a la experiencia de otros pacientes.
- Además de realizar el programa de psicoeducación con pacientes de esclerosis múltiple, se recomienda realizar talleres de psicoeducación en temas como prevención, expresión emocional, sexualidad y neuroplasticidad.
- Los talleres deberán dirigirse al público en general, como familiares y amigos de los pacientes o personas con otras enfermedades que son tratadas en FUNDEM, esto permitirá el generar empatía, prevención y sensibilización sobre la enfermedad.
- Se recomienda de igual forma que el producto sea siempre manejado por personal de la salud en general, lo que brinda mayor garantía a los resultados que se pretende obtener.
- Dentro del programa se pudo notar carencia sobre el manejo de talleres o espacios para cuidadores y familiares de los pacientes con esclerosis, por esta razón, se recomienda brindarles apoyo psicoterapéutico para evitar síndromes de burnout y problemas de ansiedad o depresión; brindar talleres de psicoeducación y capacitación para cuidadores, familiares y personal de la fundación, de esta manera, ellos puedan comprender los síntomas y reacciones que pueden llegar a tener los pacientes tanto de esclerosis como otras enfermedades neurológicas que son tratadas en FUNDEM.

Por último, al contactar con los pacientes, se pudo constatar que muchos de ellos no pueden asistir a la fundación como se mencionó anteriormente, debido a sus incapacidades físicas, lo cual, no quiere decir que no necesiten apoyo psicológico o

médico, es por esta razón que se recomienda en lo posible, realizar acompañamiento psicológico a domicilio.

Bibliografía:

- Kasper, D., Fauci, A., & Hauser, S. (2016). *Harrison. Principios de Medicina Interna, 19e*. Santa Fe, México: Mc GRAW-HILL INTERAMERICANA EDITORES S.A de C.V.
- Abad, P. (2010). Prevalencia de la Esclerosis Múltiple en Ecuador. *Elsevier*, 309-313.
- Álvarez, M. (27 de 05 de 2015). *DM medicina salud y bienestar*. Obtenido de <http://www.dmedicina.com/enfermedades/neurologicas/esclerosis-multiple/2015/05/27/diez-cosas-hay-esclerosis-multiple-69785.html>
- Anglada, E., Arévalo, M., & Galán, I. (2006). *Personalidad, conducta y esclerosis múltiple*. España: Montflorit Edicions i Assessoraments, sl.
- APA. (2004). *DSM IV*. España: Paidós.
- Ardila, A., & Ostrosky, F. (2012). *Guía para el diagnóstico neuropsicológico*. México.
- Ardilla, A., & Feggy, O. (2012). *Guía para el diagnóstico Neuropsicológico*. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana.
- Arriciaga, G. (07 de 2013). *dspace azuay*. Obtenido de <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/3308/1/10082.PDF>
- Balareso, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Quito: Unigraf.
- Balarezo Chiriboga, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: Unigraf.
- Balarezo, L. (1995). *Psicoterapia*. Quito: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Balarezo, L. (1998). *Psicoterapia, asesamiento y consejería*. Quito: Pontificia Univerisidad Católica del Ecuador.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia integrativa focalizada en la personalidad*. Quito: Unigraf.
- Balarezo, L. (2010). *Psicoterapia Integrativa Focalizada en la Personalidad*. Quito: Unigraf.
- Barcelona, F. d. (12 de 5 de 2012). *FEM*. Obtenido de FEM: <http://www.observatorioesclerosismultiple.com/es/vivir/aspectos-psicologicos/existe-un-vinculo-entre-la-esclerosis-multiple-y-la-depresion/>

- Bruno, F. J. (1997). *Diccionario de términos psicológicos fundamentales*. Barcelona : Paidós .
- Carrazon, S. V. (noviembre de 2012). *Tipologías psiquiátricas según el aspecto físico y el temperamento*. Obtenido de La Mente es maravillosa : <https://lamenteesmaravillosa.com/tipologias-psiQuiatricas/>
- Castillero, O. (23 de 07 de 2012). *Teoría de la Influencia Social: sus aportes psicológicos*. Recuperado el 20 de 08 de 2017, de Psicología y mente: <https://psicologiaymente.net/psicologia/teoria-influencia-social#!>
- Castro Moreira, S. (2017). *Estudio sobre la difusión de la Esclerosis Múltiple y sus actividades cotidiana en pacientes con problemas neurológicos*. Guayaquil.
- Colom, F. (2011). Psicoeducación, el litio de las psicoterapias Algunas consideraciones sobre su eficacia y su implementación en la práctica diaria. *Suplemento*, 147-165.
- De la fuente , J., & Heinze, G. (2012). *Salud mental y Medicina Psicológica*. Mexico: MC Graw Hill.
- Eysenck, H. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Eysenck, H. (1970). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella.
- Eysenck, H. (1971). *Estudio Científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Eysenck, H. (1971). *Estudio Científico de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Eysenck, H. (1987). *Personalidad y diferencias individuales*. Madrid: Piramide.
- Fermose, J. (2015). *Guía de orientación para la valoración de la discapacidad en esclerosis múltiple*. Madrid: efemhenares.
- Fernandez, O., & Fernandez , V. (2005). *Esclerosis múltiple*. Madrid: McGraw-Hill.
- Fundación de esclerosis de Barcelona. (25 de 4 de 2009). *FEM*. Obtenido de FEM: <http://www.fem.es/lLista-tipos-de-esclerosis-multiple-tipos-de-esclerosis-multiple-em-remitente-recurrente-primaria-progresiva-secundaria-progresiva-progresiva-recurrente-sintomas.aspx>
- Hora, L. (09 de 12 de 2003). *La Hora EC*. Obtenido de http://lahora.com.ec/index.php/noticias/show/1000211122/-1/Conozca_c%C3%B3mo_afecta_la_esclerosis_m%C3%BAltiple.html#.WL2R3Ds1_IU
- Ibarra. (2009). *Neurociencias*. Barcelona: ecos.
- Jaén, U. d. (2013). *Jornadas de atención psicológica y habilidades emocionales en procesos de enfermedades graves y procesos de duelo*. España: Universidad de Jaén.

- Maceda García, S., & Louzano Martinez, M. (s.f.). Personalidad, psicopatología y esclerosis múltiple. *Revista de la Asociación Gallega de Psiquiatría*, 80-86.
- Molina López, M., Piles de la Fuente, P., & Salazar Freile, J. (2016). Cambio de personalidad como primera manifestación de esclerosis múltiple. *Psiquiatría Biológica*, 118-121.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). CIE 10. Obtenido de http://www.psicomed.net/cie_10/cie10_F32.html
- Ortega, A., & Villalba, M. (2017). *Muévete por la Esclerosis Múltiple: por la inclusión social y laboral de los paciente con EM*. Quito.
- Peurifoy, R. (1999). *Cómo vencer la ansiedad*. Bilbao: Descleé.
- Pública, M. d. (04 de 08 de 2014). *Ministerio de Salud Pública del Ecuador*. Recuperado el 04 de 08 de 2017, de Ministerio de Salud Pública: <http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/medicamentos/A-569%20REGLAMENTO%20PARA%20GESTION%20DE%20SUMINISTRO%20DE%20MEDICAMENTOS%20Y%20CONTROL.pdf>
- Rivas, D. R. (15 de 09 de 2016). *Notas para el estudio de Endodoncia*. Obtenido de <http://www.iztacala.unam.mx/rrivas/diagnostico.html>
- Rivera, V. M. (2008). Esclerosis Múltiple en Latin America. *Revista Española de Esclerosis Múltiple*, 17-22.
- Rivera, V. M. (2008). Esclerosis Múltiple en Latino América. *Revista Española de Esclerosis Múltiple*, 17-22.
- Ruiz, S. (2000). Evaluación neuropsicológica en demencias. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 193-199.
- Ruiz, V. (2017). Programa de Psicoeducación focalizado en la personalidad. Proyecto realizado con adultos de personalidad afectiva con esclerosis múltiple. En la Fundación de esclerosis de Quito. Quito, Ecuador : Pontificia Universidad Católica .
- Sanchez Turet, M., & Bidon Chanal, A. (15 de 05 de 1980). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Obtenido de Anuario de Psicología: <file:///C:/Users/estudiantes/Downloads/64473-88417-1-PB.pdf>
- Sánchez Turet, M., & Bidon Chanal, A. (15 de 05 de 1980). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Obtenido de Anuario de Psicología: <file:///C:/Users/estudiantes/Downloads/64473-88417-1-PB.pdf>
- Sánchez, M. (2016). *FUNDEM*. Quito: Fundación de esclerosis.
- Schultz, D., & Schultz, S. E. (2013). *Teorías de la personalidad*. Mexico: Cengage Learning.
- Segal, Z. V. (2009). *Terapia cognitiva de la depresión basada en la consciencia plena un nuevo abordaje para la prevención de las recaídas*. Madrid: Editorial Descleé de Brouwe.

- SENPLADES. (2013). *Plan Nacional del Buen Vivir*. Quito.
- Sierra, J. C. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. *Revista Mal-estar E Subjetivade [en linea]*, 10-59.
- Velasteguí, M. (2017). Dimensiones de la psicoeducación. *Pser-Integrativo*.
- Zambrano, P. (2015). *Determinación de los niveles séricos de vitamina D en los pacientes diagnosticados con esclerosis múltiple y su relación con la severidad y el comportamiento de la enfermedad en pacientes diagnosticados y en seguimiento en el “ Hospital Metropolitano de Q. Quito: Pontificia Universidad Católica*.

Anexos:**Anexo 1:****Entrevista semi-estructurada:**

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
ENTREVISTA
Nombre:
Fecha de nacimiento:
Edad:
¿Qué síntoma fue el que generó una alerta para asistir a un profesional de la salud y cuándo ocurrió?
¿Qué pruebas fueron aplicadas para llegar al diagnóstico de esclerosis múltiple?
¿Hace cuánto tiempo fue diagnosticada la enfermedad?
¿Cómo se logró llegar al diagnóstico?
¿Cuántos médicos lo revisaron antes de tener un diagnóstico?
¿Cree que la información en el país sobre la enfermedad es suficiente?
¿Cree que existe un buen trato en el país para esta enfermedad?
¿Qué fue lo que pasó después del diagnóstico y cuáles son los pasos a seguir?
¿Has recibido apoyo de personas que tengan la enfermedad?
¿Cómo llegó a la Fundación de Esclerosis Múltiple de Quito?
¿Cómo ha logrado o qué ha hecho para afrontar la enfermedad?
¿Qué tipo de actividades realiza para distraerse?
¿Qué es lo que considera más difícil en la enfermedad?
¿Cuáles son los síntomas que le han producido mayores problemas en su vida diaria?
¿Ha probado medicina alternativa?
¿Cuáles considera que son los mayores inconvenientes tras ser diagnosticado con esclerosis múltiple?
¿Alguna vez ha participado en actividades grupales que traten temas sobre la esclerosis múltiple? Mencione sus beneficios y falencias.

Anexo 2:

FICHA INTEGRATIVA DE EVALUACIÓN PSICOLÓGICA - FIEPS

No. _____ Fecha: _____ Elaborada por: _____

DATOS INFORMATIVOS

Nombre

Edad Estado Civil #de hijos Religión

Lugar y fecha de nacimiento

Residencia Dirección Telf

Instrucción Ocupación

Informante Parentesco

Tipo de consulta

Ambulatorio		Acogida	
Hospitalizado		Consulta Privada	
Otros ¿Cuál?			

DEMANDA

ORIGEN			
Paciente		Familiar (s)	
Profesional		Otros	

EXPLÍCITA

IMPLÍCITA

ANTECEDENTES DISFUNCIONALES

BIOGRAFÍA PSICOLÓGICA PERSONAL Y FAMILIAR (GENOGRAMA)

RESULTADOS DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

DESCRIPCIÓN DIAGNÓSTICA

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DEL PROBLEMA O TRASTORNO

DIAGNÓSTICO DESCRIPTIVO DE LA PERSONALIDAD

CRITERIOS PRONÓSTICOS

RECOMENDACIONES

Anexo 3:**CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SEAPsI**

Nombre _____

Fecha _____

Señale las frases con las que más se identifique

a	Al realizar alguna actividad o tarea me gusta que las cosas salgan perfectas		
	Programo mis actividades y salirme del esquema me genera ansiedad		
	Me resulta difícil expresar mis emociones y mis sentimientos a los demás		
	Soy rígido en temas vinculados con la moral y los valores		
	Me preocupa la posibilidad de tener alguna falla cuando realizo una actividad		
	Me siento preocupado cuando escucho críticas en mi contra		
	Cuando realizo alguna actividad me agrada que las personas se adapten a mi forma de hacer las cosas		
	En mis actividades soy muy organizado y me preocupo de todos los detalles		
	En las tareas laborales o domésticas, busco que todo tenga un orden ideal		
	Tengo ideas o pensamientos que no logro quitarlos fácilmente		
p	Cuando veo a un grupo de amigos reunidos tengo la sospecha de que pueden estar hablando de mi		
	Para que yo confíe en los demás deben demostrarme lealtad		
	Me molesta mucho cuando me interrumpen el trabajo que estoy realizando		
	Al ver a mi pareja en compañía de otra persona siento ira		
	Soy una persona que denota una cierta autoridad natural		
	Prefiero conocer los antecedentes de una situación a la que me voy a enfrentar para no ser sorprendido		
	Generalmente impongo mi punto de vista		
	En mis labores me gusta generalmente superar a las demás personas		
	Prefiero mantener mi vida privada en reserva		
	Cuando las personas en las que confío me fallan me resulta difícil perdonar		
c	Mi estado de ánimo es muy variable		
	Hay días en que me siento muy alegre y otros en los que sin causa estoy triste		
	A veces miro el futuro con gran optimismo y en ocasiones lo veo negro		
	Cuando estoy en buen estado emocional me torno excesivamente generoso		

	Por las mañanas me siento triste y parecería que todo me saldrá mal		
	Me impresiono fácilmente ante las situaciones de sufrimiento humano		
	Soy sensible ante las circunstancias de malestar ajeno		
	En mi vida diaria repentinamente aparecen períodos de tristeza sin motivo		
	Sobredimensiono las expresiones de amistad y afecto		
	Soy bromista, agradable y expresivo con las personas que conozco		
h	En la mayoría de ocasiones me gusta salirme con la mía		
	Me gusta ayudar a la gente sin importar el grado de cercanía que tenga con ella		
	Reacciono con gran emotividad ante las circunstancias que ocurren a mi alrededor		
	Para salir de casa mi aspecto físico debe ser impecable		
	Cuando me propongo conseguir algo a veces exagero y dramatizo		
	Mi vida social es muy amplia, tengo facilidad para conseguir amigos		
	En una reunión social soy muy alegre y extrovertido me convierto en el alma de la fiesta		
	Creo fácilmente lo que me dicen o lo que leo, llegando a sugestionarme		
	Me gusta ser reconocido por lo que hago		
	Me agrada que los demás me vean atractivo		
ev	Prefiero evitar actividades que involucren contacto con los demás		
	Me preocupa la crítica, desaprobación o rechazo de las personas que conozco		
	En una reunión social prefiero estar alejado del griterío		
	Para poder relacionarme debo estar seguro de agradar a los demás		
	Me cuesta simpatizar con los demás porque tengo miedo a ser ridiculizado o avergonzado		
	Mi vida social es reducida		
	Cuando conozco a gente nueva temo no poder iniciar una conversación		
	Me gustaría mejorar mis relaciones interpersonales		
	Tengo dificultades para hablar de mi mismo ante los demás		
	Me siento ofendido si alguien se muestra crítico frente a mí durante una conversación		
d	Cuando encuentro dificultades en el camino me resigno a no llegar al objetivo planteado		
	Cuando he terminado una relación afectiva busco que alguien me proporcione cuidado y apoyo		
	Cuando tengo problemas busco a otras personas para que me aconsejen		
	Me cuesta expresar mi desacuerdo a las demás personas		
	Prefiero acoger ideas y pensamientos cuando ya han sido aprobados		
	Soy obediente ante mis superiores y jefes		
	Generalmente intento evitar las discusiones con otros		
	Cuando observo dificultades tiendo a mantener una actitud pasiva y distante		
	Me siento incómodo y desamparado cuando estoy solo		

	En situaciones difíciles es mejor que los otros tomen decisiones		
e	Me resulta difícil disfrutar de las relaciones familiares y sociales		
	Prefiero hacer las cosas solo		
	Disfruto más realizando pocas actividades que demasiadas		
	Tengo pocos amigos íntimos o de confianza		
	Siempre me ha costado enamorarme profundamente		
	Soy insensible ante los hechos o circunstancias adversas que sucedan		
	No experimento intensamente emociones como la ira y la alegría		
	Prefiero las actividades abstractas o misteriosas		
	Soy indiferente ante los halagos o críticas de los demás		
	En las reuniones sociales prefiero mantenerme distanciado de las personas que me rodean		
i	Me cuesta esfuerzos controlar mi ira		
	Soy impulsivo en la realización de mis actividades		
	Mis relaciones interpersonales son muy inestables e intensas		
	Me gusta engañar a las personas para que estén conmigo		
	Generalmente no mido las consecuencias de mis actos, aunque luego reacciono con arrepentimiento		
	Elaboro imágenes idealizadas de las personas que están conmigo		
	La rutina me molesta por eso siempre busco algo diferente que hacer		
	A pesar de tener un carácter fuerte temo ser abandonado		
	Me gasto el dinero de manera imprudente por ejemplo en apuestas, en compras innecesarias		
	Cambio bruscamente de opinión con respecto al futuro, las amistades o las ocupaciones		
APRECIACIÓN			

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL N E U R O P S I

Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardua y
Dra. Mónica Rosselli

DATOS GENERALES

NOMBRE _____

EDAD _____ FECHA _____

SEXO _____ ESCOLARIDAD _____

LATERALIDAD _____ OCUPACIÓN _____

MOTIVO DE CONSULTA _____

OBSERVACIONES MÉDICAS Y NEUROLÓGICAS

I.- Estado de alerta: consciente, somnoliento, estuporoso, comatoso, etc.

II.- En caso de que la persona esté tomando algún medicamento, especifique cuál y la dosis:

III.- Otros exámenes: angiografía, electroencefalografía, etc.

IV.- Antecedentes médicos:

Marque con una "X" en caso de que tenga o haya tenido alguna de las siguientes enfermedades:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Traumatismos craneoencefálicos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Alcoholismo | <input type="checkbox"/> Tiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Farmacodependencia | <input type="checkbox"/> Accidentes cerebrovasculares |
| <input type="checkbox"/> Disminución de agudeza visual o
auditiva. | <input type="checkbox"/> Otros |

EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL **NEUROPSI**

Dra. Feggy Ostrosky-Solis, Dr. Alfredo Ardua y
Dra. Mónica Rosselli

PROTOCOLO DE APLICACIÓN ESCOLARIDAD BAJA, MEDIA Y ALTA

INDICACIÓN GENERAL: Para los criterios de calificación cualitativos y cuantitativos de cada reactivo, es necesario consultar el manual.

1.- ORIENTACIÓN

	Respuesta	Puntaje
A.-Tiempo	¿En qué día estamos? _____	0 1
	¿En qué mes estamos? _____	0 1
	¿En qué año estamos? _____	0 1
B.-Espacio	¿En qué ciudad estamos? _____	0 1
	¿En qué lugar estamos? _____	0 1
C.-Persona	¿Cuántos años tiene usted? _____	0 1
TOTAL _____		(6)

II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

A.-DÍGITOS EN REGRESIÓN

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del último al primero; ej. 2-5, respuesta: "5-2". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

Respuesta	Respuesta	Respuesta
4-8 _____ 2	2-8-3 _____ 3	8-6-3-2 _____ 4
9-1 _____ 2	7-1-6 _____ 3	2-6-1-7 _____ 4
Respuesta	Respuesta	
6-3-5-9-1 _____ 5	5-2-7-9-1-8 _____ 6	
3-8-1-6-2 _____ 5	1-4-9-3-2-7 _____ 6	
TOTAL _____		(6)

B.-DETECCIÓN VISUAL

Se coloca la hoja de detección visual frente al sujeto y se le pide que marque con una "X" todas las figuras que sean iguales al modelo (lámina A del material anexo), el cual se presentará durante 3 segundos. Suspender a los 60 segundos.

TOTAL DE ERRORES _____

TOTAL DE ACIERTOS _____

C.- 20-3

Pida que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones.

17-14-11-8-5 Respuesta _____ TOTAL _____ (5)

III- CODIFICACIÓN

A.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine.

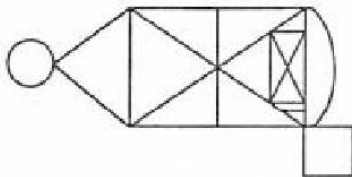
Proporcione los tres ensayos.

1. CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA

1	2	3	
Gato _____	Mano _____	Codo _____	INSTRUCCIONES _____
Pera _____	Vaca _____	Fresa _____	PERSEVERACIONES _____
Mano _____	Fresa _____	Pera _____	PRIMACIA _____
Fresa _____	Gato _____	Vaca _____	PRESENCIA _____
Vaca _____	Codo _____	Gato _____	
Codo _____	Pera _____	Mano _____	
Total _____			TOTAL PROMEDIO _____ (6)
1er. ensayo	2o. ensayo	3er. ensayo	

B.- PROCESO VISOESPACIAL (COPIA DE FIGURA SEMICOMPLEJA)

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



HORA _____

TOTAL _____ (12)

IV.- LENGUAJE

A.-DENOMINACIÓN

Pida que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Puntaje	Respuesta		Puntaje	Respuesta
CHIVO	0	1 _____	LLAVE	0	1 _____
GUITARRA	0	1 _____	SERPIENTE	0	1 _____
TROMPETA	0	1 _____	RELOJ	0	1 _____
DEDO	0	1 _____	BICICLETA	0	1 _____
			TOTAL	_____ (8)	

NOTA: SI EL PACIENTE PRESENTA PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL QUE LE LIMITEN REALIZAR LA ACTIVIDAD ANTERIOR, EN SU LUGAR, PIDA QUE DENOMINE LOS SIGUIENTES ESTÍMULOS PREGUNTÁNDOLE: “¿QUÉ ES ESTO?”

LÁPIZ,	RELOJ,	BOTÓN,	TECHO,	CODO,	TOBILLO,	ZAPATO,	LLAVE
1	2	3	4	5	6	7	8
							TOTAL _____ (8)

8.-REPETICIÓN

Pida que repita las siguientes palabras y oraciones.

	Respuesta	Puntaje
Sol.....	_____	0 1
Ventana.....	_____	0 1
El niño llora.....	_____	0 1
El hombre camina lentamente por la calle.....	_____	0 1
		TOTAL _____ (4)

C.-COMPRENSIÓN

Presente la lámina 10 y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones, considerando que para que este reactivo tenga validez, debe asegurarse que el sujeto comprenda los términos de cuadrado y círculo, de no ser así, intente con otras palabras como por ejemplo “bolita” y “cuadro”.

	Puntaje	
Señale el cuadrado pequeño.....	0	1
Señale un círculo y un cuadrado	0	1
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande	0	1
Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande	0	1
Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño.....	0	1
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño.....	0	1

TOTAL_____ (6)

D.-FLUIDEZ VERBAL

Pida que nombre en un minuto todos los animales que conozca. Posteriormente, empleando el mismo tiempo, solicite que mencione todas las palabras que recuerde que inicien con la letra “F” sin que sean nombres propios o palabras derivadas (y. gr. familia, familiar).

Nombres de animales

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____

15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____

Palabras que inician con “F”

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____
11. _____
12. _____
13. _____
14. _____
15. _____
16. _____
17. _____
18. _____
19. _____
20. _____
21. _____
22. _____
23. _____
24. _____
25. _____
26. _____
27. _____
28. _____

TOTAL SEMÁNTICO _____
 INTRUSIONES _____
 PERSEVERACIONES _____

TOTAL FONOLÓGICO _____
 INTRUSIONES _____
 PERSEVERACIONES _____

V.- LECTURA

Pida que lea en voz alta la lectura de la lámina 11 del material anexo. Mencione que se le harán preguntas sobre su contenido.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Respuesta	Puntaje		
¿Porqué se ahogó el gusano?	_____	0	1	
¿Qué pasó con el otro gusano?	_____	0	1	
¿Cómo se salvó el gusano?	_____	0	1	
TOTAL _____		(3)		

VI.- ESCRITURA

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Puntaje
DICTAR: El perro camina por la calle	0 1
COPIAR: Las naranjas crecen en los árboles (presentar lámina 12)	0 1
TOTAL _____	(2)

VII.- FUNCIONES EJECUTIVAS**A.- CONCEPTUAL****1.- SEMEJANZAS**

Pregunte en qué se parecen los siguientes estímulos. Proporcione ej. "silla-mesa.... son muebles".

	Respuesta	Puntaje		
naranja-pera	_____	0	1	2
perro-caballo	_____	0	1	2
ojo-nariz	_____	0	1	2
TOTAL _____		(6)		

2.- CÁLCULO

Pida que resuelva mentalmente las siguientes operaciones. Límite de tiempo para resolver cada problema: 60 segundos. Se puede leer nuevamente el problema dentro del límite de tiempo.

	Respuesta
¿Cuánto es $13 + 15$? (28).....	_____
Juan tenía 12 pesos, recibió 9 y gastó 14 ¿Cuánto le quedó? (7).....	_____
¿Cuántas naranjas hay en dos docenas y media? (30).....	_____
TOTAL _____	(3)

3.- SECUENCIACIÓN

Presentar la lámina 13 del material anexo y pedir que continúe con la secuencia.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

TOTAL _____ (1)

B.-FUNCIONES MOTORAS

(Para su aplicación, consultar el manual)

1.- CAMBIO DE POSICIÓN DE LA MANO

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo entre el segundo y tercer ensayo

2 = Lo hizo correctamente al primer ensayo

Ejecución	derecha	0	1	2
	izquierda	0	1	2

TOTAL _____ (4)

2.- MOVIMIENTOS ALTERNOS DE LAS DOS MANOS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo desautomatizado

2 = Lo hizo correctamente

TOTAL _____ (2)

3.- REACCIONES OPUESTAS

0 = No lo hizo

1 = Lo hizo con errores

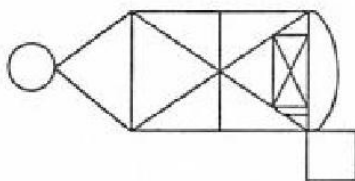
2 = Lo hizo correctamente

TOTAL _____ (2)

VIII.-FUNCIONES DE EVOCACIÓN

A.-MEMORIA VISOESPACIAL

Pida que reproduzca la figura de la lámina 1 y registre la secuencia observada.



HORA _____

TOTAL _____ (12)

B.- MEMORIA VERBAL

1.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

gato	_____	pera	_____	INTRUSIONES	_____
mano	_____	vaca	_____	PERSEVERACIONES	_____
codo	_____	fresa	_____		

TOTAL _____ (6)

2.- POR CLAVES

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

partes del cuerpo	_____	INTRUSIONES	_____
frutas	_____	PERSEVERACIONES	_____
animales	_____		

TOTAL _____ (6)

3.- RECONOCIMIENTO

Lea las siguientes palabras y pida que reconozca aquellas que pertenecen a la serie memorizada anteriormente.

Boca	_____	codo*	_____	zorro	_____	vaca*	_____
Gato*	_____	árbol	_____	mano*	_____	flor	_____
Cama	_____	gallo	_____	fresa*	_____		
Pera*	_____	lápiz	_____	ceja	_____		

INTRUSIONES _____

TOTAL _____ (6)

Anexo 5: HADS

Escala Hospitalaria de ansiedad y depresión - Hospital Anxiety and Depression Scale

Este cuestionario ha sido confeccionado para ayudar a su médico a que sepa cómo se siente usted afectiva y emocionalmente. No es preciso que presente atención a los números que aparecen a la izquierda. Lea cada pregunta y subraye la respuesta que usted considere que coincide con su propio estado emocional en la última semana.

No es necesario que dedique mucho tiempo en cada respuesta; en este cuestionario, las respuestas espontáneas tienen más valor que las que se piensan mucho.

<p>A.1. Me siento tenso/a o nerviosa/o:</p> <p>3. Casi todo el día.</p> <p>2. Gran parte del día.</p> <p>1. De vez en cuando.</p> <p>0. Nunca.</p>	<p>D.1. Sigo disfrutando de las cosas como siempre:</p> <p>3. Ciertamente igual que antes.</p> <p>2. No tanto como antes.</p> <p>1. Solamente un poco.</p> <p>0. Yo no disfruto con nadie.</p>
<p>A.2. Siento una especie de temor, como si algo malo fuera a suceder:</p> <p>3. Sí, y muy intenso.</p> <p>2. Sí, pero no muy intenso.</p> <p>1. Sí, pero no me preocupa.</p> <p>0. No siento nada de eso.</p>	<p>D.2. Soy capaz de reírme y ver el lado gracioso de las cosas:</p> <p>3. Igual que siempre.</p> <p>2. Actualmente, algo menos.</p> <p>1. Actualmente, mucho menos.</p> <p>0. Actualmente, en absoluto.</p>
<p>A.3. Tengo la cabeza llena de preocupaciones:</p> <p>3. Casi todo el día.</p> <p>2. Gran parte del día.</p> <p>1. De vez en cuando.</p> <p>0. Nunca.</p>	<p>D.3. Me siento alegre:</p> <p>3. Nunca.</p> <p>2. Muy pocas veces.</p> <p>1. En algunas ocasiones.</p> <p>0. Gran parte del día.</p>
<p>A.4. Soy capaz de permanecer sentada/o, tranquila/o y relajada/o:</p> <p>3. Siempre.</p> <p>2. A menudo.</p>	<p>D.4. Me siento lenta/o y torpe:</p> <p>3. Gran parte del día.</p> <p>2. A menudo.</p>

<p>1. Raras veces.</p> <p>0. Nunca</p>	<p>1. A veces.</p> <p>0. Nunca.</p>
<p>A.5. Experimento una desagradable sensación de nervios y hormigueo en el estómago:</p> <p>3. Nunca.</p> <p>2. Solo en algunas ocasiones.</p> <p>1. A menudo.</p> <p>0. Muy a menudo.</p>	<p>D.5. He perdido el interés por mi aspecto personal:</p> <p>3. Completamente.</p> <p>2. No me cuido como debería hacerlo.</p> <p>1. Es posible que no me cuide como debería.</p> <p>0. Me cuido como siempre lo he hecho.</p>
<p>A.6. Me siento inquieta/o como si no pudiera parar de moverme:</p> <p>3. Realmente mucho.</p> <p>2. Bastante.</p> <p>1. No mucho.</p> <p>0. En absoluto.</p>	<p>D.6. Espero las cosas con ilusión:</p> <p>3. Como siempre.</p> <p>2. Algo menos que antes.</p> <p>1. Mucho menos que antes.</p> <p>0. En absoluto.</p>
<p>A.7. De repente, experimento sensaciones de gran angustia y temor:</p> <p>3. Muy a menudo.</p> <p>2. Con cierta frecuencia.</p> <p>1. Raramente.</p> <p>0. Nunca.</p>	<p>D.7. Soy capaz de disfrutar con un buen libro o con un buen programa de radio o televisión:</p> <p>3. A menudo.</p> <p>2. Algunas veces.</p> <p>1. Pocas veces.</p> <p>0. Casi nunca.</p>

Anexo 6:**Consentimiento Informado**

Nosotras Deisy Chanchay con CI N° 1723164420 y Valeria Ruiz con CI N° 1721366316, estudiantes de la Facultad de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Nos encontramos al momento realizando una investigación sobre Esclerosis Múltiple en el Ecuador (Quito), para nuestra disertación de grado con el objetivo de realizar un programa de psicoeducación focalizada en la personalidad, de esta manera obtendremos el Título de Psicóloga Clínica, en donde nos gustaría contar con su participación. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar con alguien que se sienta cómodo sobre la investigación. Aclarando que los datos obtenidos durante la investigación serán manejados de manera confidencial, de antemano le agradezco su participación.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Actividad	Fecha	Firma
Entrevista		
Seapsi		
Escala de ansiedad y depresión		
NEUROPSI		
Taller 1		
Taller 2		
Taller 3		

Taller 4		
Taller 5		
Taller 6		
Taller 7		